Ueber

puerperale Fieberpsychosen.

INAUGURAL-DISSERTATION

der medicinischen Facultät

der

KAISER WILHELMS-UNIVERSITÄT STRASSBURG

zur Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt von

ERNST MEYER

prakt. Arzt aus Gebweiler.

Gebweiler.

Druck von J. Dreyfus

1888.

Ueber

puerperale Fieberpsychosen.

INAUGURAL-DISSERTATION

der medicinischen Facultät

der

KAISER WILHELMS-UNIVERSITÄT STRASSBURG

zur Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt von

ERNST MEYER

prakt. Arzt aus Gebweiler.

Gebweiler.

Druck von J. Dreyfus.

1888.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät der Universität Strassburg.

Referent: **Prof. Dr. Jolly.**

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit und Verehrung.

Ernst Meyer.

Literatur.

A. Allgemeine.

I. Griesinger, W. Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. 3. Aufl. 1871.

II. Schüle, H. Handbuch der Geisteskrankheiten. v. Ziemssen's Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie. XVI. 3. Aufl. 1886.

III. Emminghaus, H. Allgemeine Psychopathologie z. Einf. in d. Stud. der Geisteskrankheiten. 1878.

IV. v. Krafft-Ebing, R. Lehrbuch der Psychiatrie. 2. Aufl. 1883.

V. Kræpelin, E. Compendium der Psychiatrie. 1883.

VI. Dagonet. Nouveau traité des maladies mentales. 1876.

VII. v. Krafft-Ebing, R. Die transitorischen Störungen des Selbstbewusstseins u. s. w. Erlangen. 1868. pag. 112 ff.

B. Puerperalpsychosen.

VIII. Helm. Monographie der Puerperalkrankheiten. Zürich. 1839.

IX. Kiwisch. Die Krankheiten der Wöchnerinnen. Prag. 1840—41.

X. Berndt, jun. Die Krankheiten der Wöchnerinnen. Erlangen. 1846.

XI. Leubuscher. Über Puerperalmanie. Verhandlungen d. Gesellschaft für Geburtshülfe in Berlin. III. 1848. pag. 94.

XII. Webster. Insanity from Chloroform employed in parturition. The Journ. of psych. Med. April. No. X, pag. 269. Ref. in Virchow-Hirsch's Jahresbericht 1850.

XIII. Ideler. Über die Vesania puerperalis. Annalen der Berliner Charité. II. Heft 1. 1851.

XIV. Weill. Considérations sur la folie puerpérale. Dissertation. Strassburg. 1851.

XV. Marcé. Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices. Paris 1858.

XVI. Westphal, C. Endocarditis ulcerosa im Puerperium, unter dem Schein von Puerperalmanie auftretend. 1861. Virchow's Archiv. Bd. XX pag. 542.

XVII. Tuke. Statistisches über die Puerperalmanie. Edinburgh med. Journ. Jan. 1867. Ref. in Virchow-Hirsch's Jahresbericht.

XVIII. Winkel. Pathologie und Therapie des Wochenbettes. 2. Aufl. 1869. pag. 449.
XIX. Weber, F. Ueber Puerperalmanie. Allgem. medic. Centralzeitg. 1870. No. 87 und 88.
XX. Madden. British and foreign med.-chirurgical Review. Oct. 1871. Ref. in Virchow-Hirsch's Jahresbericht.
XXI. Leidesdorf. Ueber die in der Schwangerschaft und im Puerperium auftretenden Psychosen. Wiener med. Wochenschrift. 1872. No. 25 und 26.
XXII. Luebben, C. H. Zur Statistik der Puerperalpsychosen. Inauguraldissertation. Halle. 1872.
XXIII. Arndt, R. Ueber Puerperalpsychosen. Beiträge zur Geburtshülfe und Gynäcologie, herausgegeben von der Gesellschaft für Geburtshülfe in Berlin. Bd. III, Heft 2 pag. 183.
XXIV. Bottentuit. Die Manie der Neu-Entbundenen, aus der Klinik der DDr. Boucherau und Magnan. L'Union médicale 34 pag. 442 Mars 1874. Ref. Schmidt's Jahrbücher 1875, Bd. 165.
XXV. Holm, R. A. Om Puerperalafsindighed. Hospitalstidende. 2 R. I 15–18. 1874. Ref. Virchow-Hirsch's Jahresbericht.
XXVI. Fürstner, C. Ueber Schwangerschafts- u. Puerperalpsychosen. Archiv für Psychiatrie. Bd. V. 1875 pag. 505.
XXVII. Savage, G. H. Observations upon the insanity of pregnancy and childbirth. Guy's hospital Rep. XX pag. 83. Ref. Virchow-Hirsch's Jahresbericht 1875.
XXVIII. (D'après Béhier). L'aliénation mentale des femmes enceintes, nouvellem. accouchées et nourrices. Gaz. des hôpitaux. No. 48. 1875.
XXIX. Hughson, J. S. Puerperal Mania. Philad. med. and surgic. Rep. 6. Febr. 1875.
XXX. Reibel, L. E. De la folie puerpérale. Thèse de Paris 1876.
XXXI. Weber, Guido. Ueber Schwangerschafts- u. Puerperalpsychosen. Jahresbericht der Gesellschaft für Natur- u. Heilkunde in Dresden. Oct. 1875—Juni 1876. Ref. Schmidt's Jahrbücher 1877. Bd. 176.
XXXII. Ripping. Die Geistesstörungen der Schwangeren, Wöchnerinnen und Säugenden. Stuttgart. 1877.
XXXIII. Cortyl. Etude sur la folie puerpérale. Thèse de Paris. 1877.
XXXIV. Hengst, D. A. Puerperal Insanity. Philadelph. med. and surgic. Rep. 17. Aug. 1878.
XXXV. Boudrie, G. Sur les causes de la folie puerpérale. Thèse de Paris. 1878.
XXXVI. Garcia Rijo, M. De la folie puerpérale. Thèse de Paris. 1879.
XXXVII. Porporati, M. Note cliniche intorno alla frenosi puerperale. Archiv. ital. par le malatie nerv. 1879. Heft 1 und 2. Ref. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie. 36 Bd. pag. 484.
XXXVIII. Schmidt, M. Beiträge zur Kenntniss der Puerperalpsychosen. Dissertation. Berlin 1880. Archiv für Psychiatrie Bd. XI.
XXXIX. Clark, A. Campbell. Clinical illustrations of puerperal insanity. The Lancet. July 21., Aug. 4., Aug. 18., 1883.
XL. Holmes, K. Cervixrisse als Ursache puerperaler Manie. Medical age. 1885. No. 21.
XLI. Thomas, Edwards. The Lancet. Aug. 29. 1885 (Casuistik).
XLII. Donald Fraser. Glasgow med. Journ. Novemb. 1885 (Casuistik).
XLIII. Macleod, M. D. On puerperal insanity. Brit. med. Journ. Aug. 7. 1886.

Ueber die ältere Literatur vor 1875 sind ausserdem die Angaben in Kiwisch No. IX, Berndt jun. No. X, Winckel No. XVIII und Ripping No. XXXII nachzusehen.

C. Fieberpsychosen.

XLIV. Schlager. Ueber den Typhusprozess in seinen Beziehungen zur Entwickelung und zum Verlaufe der psychischen Störungen. Oesterreichische Zeitschrift für praktische Heilkunde. III. Jahrg. 1857. No. 33—35. Ref. Gazete des hôpitaux. 1858. 6 février.

XLV. Buhl. Ueber den Wassergehalt im Gehirn bei Typhus. Henles und Pfeuffer's Zeitschrift. 3 R. IV pag. 294. 1863.

XLVI. Duchek (nach Meynert). Ueber einige seltene Hirn- u. Nervenerscheinungen im Verlaufe des Typhus. Wochenblatt der Gesellschaft der Wiener Aerzte XXII. 1866. No. 37—39. Ref. Virchow-Hirsch's Jahresbericht.

XLVII. Hoffmann, C. E. E. Untersuchungen über die pathologisch-anatomischen Veränderungen beim Abdominaltyphus. Leipz. 1869. pag. 303.

XLVIII. Nobiling. Kurze Mittheilungen aus den pathologisch-anatomischen Demonstrationen von Prof. Buhl. Aerztl. Intelligenzblatt. Jahrg. XVI pag. 65. 1869.

XLIX. Nasse. Ueber die Beziehungen zwischen Typhus und Irresein. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. XXVII pag. 10. 1870.

L. Popoff. Ueber Veränderungen im Gehirn bei Abdominaltyphus und traumatischer Entzündung, aus dem patholog. Institut von v. Recklinghausen. Virchow's Archiv Bd. 63 pag. 421. 1875.

LI. Herzog Carl in Bayern. Untersuchungen über die Anhäufung weisser Blutkörper in der Gehirnrinde. Virchow's Archiv Bd. 69. 1877.

LII. Buhl. Schwankungen des Fettgehalts des Gehirns im Typhus abdominalis. Mittheilungen aus dem pathol. Institut zu München. pag. 215. 1878.

LIII. Müller, Franz. Ueber psychische Erkrankungen bei acuten fieberhaften Krankheiten. Strassburger Inaugural-Dissertation. Kiel. 1880.

LIV. Kræpelin, E. Ueber den Einfluss acuter Krankheiten auf die Entstehung von Geisteskrankheiten. Archiv für Psychiatrie Bd. XI und XII. 1881 und 1882.

LV. Blaschko. Ueber Veränderungen im Gehirn bei fieberhaften Krankheiten. Virchow's Archiv. Bd. 83 Heft 3. 1881. pag. 471.

LVI. Heschl. Ueber das Vorkommen von Mikrokokken bei einigen Krankheiten und deren Nachweis durch Methylgrün. Wiener med. Wochenschrift 1880, pag. 705, 789, 813 und 1249.

LVII. Kirn. Ueber acute Psychosen. Deutsche med. Wochenschrift No. 37. 1882.

LVIII. Kirn. Zur Casuistik der Psychosen im Gefolge febriler Erkrankungen. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 39. 1883.

LIX. v. Poklatecki, C. Beitrag zur Casuistik der Psychosen bei acuten fieberhaften Erkrankungen. Inaugural-Dissertation. Strassburg. 1886.

Im Uebrigen verweisen wir auf die ausführlicheren Literaturangaben in Müller No. LIII, Kræpelin No. LIV und v. Poklatecki No. LIX.

Einleitung.

So klar uns der überkommene Begriff Puerperalpsychosen als zusammenfassende Bezeichnung der während des Puerperium, im weitesten Sinne des Wortes, auftretenden Geistesstörungen erscheinen muss, so schwer fällt es in neuerer Zeit den Psychiatern die Berechtigung einer derartigen Sonderstellung der Puerperalpsychosen in einem ätiologischen Systeme der Geisteskrankheiten darzuthun.

Noch bis in die erste Hälfte dieses Jahrhunderts war allerdings der Begriff „puerperales Irresein" noch fest basirt auf der Annahme einer, von jeglicher sonst als ausschlaggebend befundenen prädisponirenden oder occasionellen Noxe unabhängigen, einzig und allein durch den sympathischen Einfluss der uterinen Vorgänge bedingten Gruppe von Geistesstörungen (BERNDT), oder wie HAIDENHAIN sich ausdrückt, „eines Krankheitsprozesses des Centralnervensystems, herbeigeführt durch die Alteration desselben vermöge der puerperalen Krase." Auf denselben Grundanschauungen beruhte die von einem anderen Gesichtspunkte ausgehende, von IDELER noch in der Mitte unseres Jahrhunderts verfochtene Interpretation der Puerperalmanie als einer auf Grund der Veränderungen des leiblichen und geistigen Organismus im puerperalen Zustande, in Folge des gestörten Ablaufs dieser kritischen Uebergangsperiode, entstandenen Geisteskrankheit, d. h. als eine sogenannte Entwickelungspsychose nach älterer Auffassung, analog dem, was man als Psychosen in Folge von Störungen des Zahndurchbruchs, des Zahnwechsels, der Pubertätsentwickelung, des Climacterium u. s. w. unterschieden hat. Mit einer solchen Betrachtungsweise Hand in Hand ging die notwendig daraus resultirende Lehre, dass dieses Irresein spezifische Kriterien an sich tragen müsse.

Seitdem man jedoch ganz allgemein die Ueberzeugung gewonnen hat, dass eine spezifische Puerperalpsychose in dem eben betrachteten

Sinne, ein sympathisches puerperales Irresein, „Puerperalmanie“ oder „Vesania puerperalis“ benannt, wie schon Marcé betonte, nicht existirt, hat man um den Begriff der Puerperalpsychose zu retten, darzuthun versucht, dass das Puerperium, wenn auch nicht die eigentlich erzeugende, so doch eine hervorragende Gelegenheitsursache des Irreseins, und zwar für alle Formen desselben, bildet. Allerdings ist auch so nicht einzusehen, warum nur ein verschwindender Bruchtheil der zu geistigen Erkrankungen prädisponirten Frauen während des Puerperium erkrankt, trotzdem doch fast alle dieser physiologischen Function in ihrem Leben ein oder mehreremale obliegen und trotzdem die sonst wirkenden occasionellen Momente des Irreseins im Puerperium in vollstem Maasse vorhanden zu sein pflegen. Aber gegen diese theoretische Erwägung schien immer und immer wieder die Erfahrung der Geburtshelfer und Irrenärzte schon seit der Zeit des Hippocrates sich aufzudrängen, dass Schwangerschaft, Wochenbett und Lactation eine Prädilectionszeit für das Auftreten von Geistesstörungen bilde. Von allen Forschern ist auch bis jetzt diese empirische Thatsache als solche ohne weiteres anerkannt worden.

Dagegen wollte es bis in die neueste Zeit hinein nicht gelingen, aus den Statistiken öffentlicher Gebärsanstalten eine so eclatante Prädisposition dieser physiologischen Perioden im Leben des Weibes zu Seelenerkrankungen mit Sicherheit nachzuweisen. Denn abgesehen davon, dass die Statistiken öffentlicher Gebärhäuser das in Rede stehende Moment nur selten berücksichtigen, geben die vorliegenden Zahlen den aus der täglichen Erfahrung gewonnenen Thatsachen geradezu zuwiderlaufende Resultate. Wir werden nur einige Beispiele solcher Statistiken anzuführen brauchen, um zu zeigen, wie wenig massgebend dieselben erscheinen. So fand man:

		Wœchnerinnen.	Geistesstœrungen.
nach F. Weber	in Prag	23 347	19
	in Würzburg	7 438	5.
	in Petersburg (Hugenberger).	8 036	23
nach Fürstner	General-Lying-in Westminster and Queen Charlotte's Hospital (Reid and Gream) . . .	5 500	20
	Johnston and Sinclair's „Practical Midwifery“	13 748	26
	Summa	58 069	93

Demnach käme auf 624 (nach Macleod auf 469) Kindbetterinnen erst ein Fall von Geistesstörung, was ganz paradox klingen würde, wüsste man nicht, dass die Geistesstörungen im Puerperium meist erst gegen den 9. bis 11. Tag auftreten, während die Aufenthaltsdauer in den Gebärhäusern gewöhnlich sich auf die ersten 8 bis 10 Tage nach der Entbindung beschränkt.

Man hat sich also behufs Aufklärung über die Frage der vorausgesetzten psychopathischen Prädisposition des Puerperium darauf beschränken müssen, die Statistiken der Irrenanstalten zu Rathe zu ziehen, indem man das Verhältniss zwischen den Aufnahmen von Frauen im puerperalen und nicht puerperalen Zustande festzustellen sich bemühte. Gehen wir die betreffenden Angaben durch, so finden wir:

	bei	Geisteskranke Frauen	Puerperea	Verhältniss von
nach Ripping	Marcé	—	—	1 : 12
	Gundry	—	—	1 : 11
	Schwegel	—	—	1 : 5
	Luebben	8,843	781	1 : 11
	Savage	1,330	207	1 : 7
	Fürstner	6,750	616	1 : 11
	Guido Weber	975	117	1 : 8
	Ripping (in Siegburg)	780	168	1 : 5
	Ripping (aus der Literatur)	5,107	709	1 : 7
	Schmidt	1,522	264	1 : 6
	Summa	25,307	2,862	1 : 9

Das Verhältniss von ausserhalb des Puerperium erkrankten Frauen zu den erkrankten Puerperis variirt also zwischen den Extremen von 1 : 11 und 1 : 5, und beläuft sich im Mittel auf 2,862 zu 25,307 = 1 : 9. Dabei muss man noch die Fehlerquelle in Betracht ziehen, dass diese Zahlen aus Anstaltsberichten hervorgehen und dass, vermöge ihrer meist relativ kürzeren Dauer, ja oft nur ephemeren Natur, wohl ein geringerer Antheil der Puerperalpsychosen als der übrigen Geisteskrankheiten in den Anstalten zur Beobachtung kommen. Trotzdem vermag auch die eben aufgestellte Uebersicht über die Häufigkeit der Puerperalpsychosen uns noch keine eclatante Illustration der Prädisposition dieser Periode im Leben des Weibes für geistige Erkrankungen zu geben. Zieht man nämlich die relative Immunität gegen Geistesstörungen vor dem geschlechtsreifen Alter und vor allem den Umstand in Betracht, dass das Zeugungsgeschäft mit seinen verschiedenen Phasen bei der Frau einen grossen Theil der Lebenszeit im geschlechtsreifen Alter einnimmt, so kann man — vorausgesetzt, dass eine solche Berechnung statthaft wäre — in diesen Zahlen nicht viel mehr als den Ausdruck der natürlichen Vertheilung der Psychosen auf die puerperale und nicht puerperale Zeit und kein gerade eclatantes Uebergewicht zu Gunsten ersterer erkennen.

Es lässt sich nach den gegebenen Erörterungen kaum behaupten, dass die wohlbegründete Annahme der Puerperalpsychosen als einer besonderen ätiologischen Gruppe von Seelenerkrankungen bisher von Seiten der Statistik mit grossem Glück verfochten worden sei. Wenn man aber gleichwohl zwischen der Erfahrung der Aerzte und den obigen numerischen Daten eine gewisse Uebereinstimmung erzielen will,

so muss man einen ganz neuen Gesichtspunkt bei der Beurtheilung des Zahlenmaterials heranziehen. Der oben angenommene Anhaltspunkt für eine Beurtheilung des aus den Anstaltsberichten berechneten statistischen Verhältnisses zwischen puerperalen und nicht puerperalen Irren erweist sich nämlich als irrig, da wir nicht die ganze Zeit des Puerperium in Rechnung bringen dürfen. Denn diese Berechnung könnte nur richtig sein, wenn die psychischen Erkrankungen sich in gleichmässiger Weise auf die ganze Zeit des Puerperium vertheilen würden; da jedoch dies keineswegs der Fall ist, dieselben sich vielmehr in ganz kurzen Zeitabschnitten, bestimmten Phasen dieses physiologischen Prozesses, zusammendrängen, so würden wir höchstens die Frequenzziffer in diesen kurzen Zeiträumen mit der Anzahl der Aufnahmen in Vergleich setzen dürfen. Als solche sozusagen kritische Phasen werden allgemein von allen Autoren bezeichnet:

1. der zweite und dritte Schwangerschaftsmonat,
2. die letzten Monate der Gravidität,
3. die ersten 14 Tage nach der Geburt,
4. die fünfte bis siebte Woche nach der Geburt, resp. der Wiedereintritt der Menstruation (Baillarger).
5. Die letzten Monate der Lactationsperiode.

Wenn wir nun erfahren, dass — um von den andern genannten Phasen ganz abzusehen — im Wochenbett, d. h. in den Phasen 3 und 4 allein, nach dem übereinstimmenden Urtheil der massgebendsten Autoren über 50 Prozent aller Puerperalpsychosen ausbrechen, dass z. B. auch auf der Strassburger psychiatrischen Klinik seit 1872 bis jetzt unter 50 puerperalen Irren 28 d. h. 56 Prozent im Wochenbett ausgebrochene Fälle behandelt wurden, während der Schwangerschaft nur 9, der Lactationsperiode nur 13 angehörten, wenn wir ferner aus der Literaturangaben nachweisen können, dass das Uebergewicht der Erkrankungen im Wochenbett wesentlich durch die Erkrankungen in der ersten Periode desselben, nämlich in den ersten 14 Tagen nach der Geburt, bedingt ist, dass z. B. nach Ripping dieser Periode 69,5 Prozent der Wochenbettserkrankungen angehören, so wird man zugeben, dass in diesem kurzen Zeitabschnitt von 14 Tagen sich die Puerperalpsychosen in einer Weise häufen, dass wir nicht umhin können, eine besondere Prädisposition dieser Phase für psychische Störungen anzunehmen.

Scheint es nach den gegebenen Erörterungen festzustehen, dass die ersten 14 Tage des Wochenbettes eine hervorragende Prädisposition für psychische Erkrankungen liefern, so muss sich auch diese Prädisposition durch gewisse dieser ersten Zeit des Wochenbettes zukommende besondere Momente erklären lassen. Diese Momente können einerseits durch eine, dem Zustande der Wöchnerinnen als solchem anhaftende Anlage, die früher sogenannte „Puerperaldiathese“, andererseits durch das dem Puerperium eigenthümliche Zusammentreffen einer Menge von

rein accidentellen, von aussen kommenden Factoren gegeben sein. Welcher dieser beiden Möglichkeiten ist nun das Hauptgewicht beizulegen? Kann man absolut zur Erklärung der Häufigkeit der Wochenbettpsychosen des ersten Faktors, der Annahme einer besonderen Labilität des geistigen Gleichgewichts und Widerstandslosigkeit der psychischen Individualität bei Neu-Entbundenen nicht entbehren? Allerdings scheint man eine solche Vulnerabilität in gewissem Grade einräumen zu müssen, wie aus unseren späteren Betrachtungen hervorgeht, aber auch die von aussen einwirkenden accidentellen Noxen häufen sich derart in dem erwähnten kurzen Zeitabschnitt nach der Entbindung, dass wir erstere Annahme nicht sehr oft zu Hülfe zu nehmen brauchen, um uns das Zustandekommen der Psychosen hinreichend zu erklären.

Die in der ersten Zeit des Wochenbettes auf das psychische Leben von aussen her einwirkenden Faktoren liegen erstens in den — gegenüber dem langsamen und gleichmässigen Entwickelungsgang in der Schwangerschaft — stürmisch sich vollziehenden mannigfaltigen und gewaltigen physiologischen Veränderungen in dem weiblichen Organismus — Veränderungen, welche viele Geburtshelfer treffend als hart an der Grenze des Pathologischen stehend bezeichnet haben —, zweitens in der Häufung von Einflüssen psychischer Art bei frisch Entbundenen, drittens in dem ungemein häufigen Eintritt pathologischer Complicationen des normalen Wochenbettsverlaufes.

Die physiologischen Umwälzungen im Puerperium sind wir natürlich nicht im Stande als eine Quelle der Puerperalpsychosen auszuschalten; die moralischen Einflüsse, die das Gemüth der Wöchnerin bestürmen, aufzuheben, liegt ebenfalls ausserhalb der Wirksamkeit des Arztes. Desto mehr ist es unsere Aufgabe als Arzt nach den pathologischen Complicationen zu forschen, welche in den physiologischen Verlauf des Puerperium eingreifen, und zu untersuchen, welchen Antheil dieselben an der Entstehung der Geistesstörungen im Wochenbett haben können.

Von jeher haben einzelne von den Autoren, welche dieses Thema behandelten, den Einfluss der Fiebererkrankungen des Wochenbettes auf die Entsstehung von Puerperalpsychosen geltend gemacht.

Historisches.

Bis in die erste Hälfte unseres Jahrhunderts wurde allerdings nach der Theorie des Hippocrates einerseits dem vielgestaltigen Ding, das man Milchfieber benannte, andererseits der Retention des Lochien ein solch schädlicher Einfluss zugeschrieben. Die vielgenannten und vielumstrittenen beiden Stellen aus Hippocrates lauten (nach Ripping's Citat) wie folgt: „Wenn sich bei Weibern die Milch in den Brüsten sammelt, so ist dieses bei ihnen eine Anzeige von der Manie, weil zu dieser Zeit nicht nur die Brüste, sondern auch die Gefässe des Gehirns durch das plötzliche Einschiessen der Milch und deren Congestion in die Höhe ausgedehnt werden." (Aph. 40 Lect. V. Chart. T. IX.) „Wenn nach der Geburt die Lochien weiss zum Vorschein kommen und nachher zurückbleiben, so stellt sich nebst einem Fieber eine Tobsucht und ein stechender Schmerz in den Seiten ein, und solche Frauen leiden im Gemüth und stehen in Gefahr." (Coact. Praenot. Nr. 525. Chart. T. VIII.)

Es wäre eine müssige Aufgabe, aus diesen Stellen nachweisen zu wollen, dass der Altmeister der Medicin die Fieberpsychosen des Wochenbetts gekannt habe; jedenfalls geht die Darstellung an dem zweiten angeführten Orte aus, auch nach dem neuesten Stande der Wissenschaft, vollständig unanfechtbaren Beobachtungen hervor, mit dem Vorbehalte, dass in Bezug auf die Retention der Lochien Ursache und Wirkung verwechselt wurden; im Uebrigen aber wird man die Beschreibung auf mehrere unserer Fälle von puerperalen Fieberpsychosen wörtlich anwenden können.

Was dagegen die erste Stelle anlangt, in welcher wir vielleicht eine Andeutung der oft mit einer Mastitis ausbrechenden Fieberalienationen im Wochenbett erblicken dürfen, so hat dieselbe im Laufe der

Zeit die allerverschiedensten Deutungen erfahren müssen. Die ältere Schule hat diese Lehre im Sinne einer ganz grob versinnlichten sogenannten Milchmetastase nach den Centren der psychischen Functionen aufgefasst, und Puzos, welcher übrigens unter dem Begriff der Milchmetastase alles das verstand, was wir heute als Puerperalfieber kennen, sagt noch ausdrücklich: „Das Austreten der Milch geschieht entweder in der Schwangerschaft oder nach der Entbindung. Ist das letztere der Fall, so geschieht es gemeiniglich den zehnten oder zwölften Tag, zuweilen auch später, während oder nach dem Abgange der gewöhnlichen Reinigung, welche in ihrem Laufe aufgehalten oder gänzlich gehemmt werden kann“ etc. „Es gibt eine Gattung von Milchgeschwülsten, welche im Gehirne entsteht und daselbst Wahnwitz erzeugt. Zum Glück sind aber die Milchgeschwülste im Gehirn nicht so gemein als die übrigen.“ (Citirt nach Ripping.)

Mit dem Aufschwung der pathologischen Anatomie zu Anfang dieses Jahrhunderts musste auch diese rein theoretische Betrachtungsweise gänzlich fallen, und man berief sich von nun an lange Zeit auf das Milchfieber sensu strictiore als Causalmoment der Wochenbettsalienationen. Aber auch diese durch keine Thatsachen gestützte willkürliche Annahme war man aufzugeben genöthigt, seitdem man vermöge der neueren Forschungen weiss, dass ein eigentliches Milchfieber im strengen Sinnn des Wortes, d. h. eine fieberhafte Erhöhung der Körpertemperatur mit demEintritt der physiologischen Milchabsonderung, kaum existirt, dass vielmehr die als solche bezeichneten Fieber von wirklichen Puerperalinfectionen oder Infectionen der Mamma, ev. im Gefolge von Secretverhaltungen, herrührten, ganz abgesehen davon, dass der Beginn der Psychosen nach den meisten Angaben nur selten mit dem Eintritt dieser physiologischen Function und der etwa dadurch bedingten kaum nennenswerthen Temperaturerhöhung zusammenfällt.

In neueren Berichten über Puerperalpsychosen ist auch diese Milchfiebertheorie bereits gänzlich verlassen und hingegen fast ganz allgemein auf concretere Fiebererkrankungen hingewiesen.

Schon Pinel war ein solcher Zusammenhang nicht ganz entgangen. Er ist der erste, der die Frage aufwirft: „Kann die Gebärmutter, ihre innere Haut, die innere Haut der Scheide, das Bauchfell sich nicht entzünden und jene Störungen (die Puerperalpsychosen nämlich) veranlassen?“ (Cit. nach Ripping.)

Helm (1839) ging weiter, indem er die Puerperalmanie in etwas einseitiger Weise lediglich als Symptom der Phlebitis, Oophoritis, Scarlatina und Peritonitis puerperalis auffasste. Viele andere schlossen sich seiner Auffassung in Hinsicht auf eine gewisse Gruppe von Puerperalpsychosen an, unter Anderen auch Kiwisch, der eine idiopathische und eine symptomatische Gruppe von Geistesstörungen bei Wöchnerinnen unterscheidet und letzteren wesentlich den Charakter von Fieberdelirien

vindizirt. Reid, Berndt jun., Leubuscher, Fischer, Veit, in neuester Zeit noch Porporati, auch Winkel in seiner vorzüglichen Darstellung des Gegenstandes folgten im Grossen und Ganzen dieser Eintheilung. Der von letzterem ausgezeichnet in seiner „Pathologie des Wochenbettes“ beschriebene Fall 46 einer sogenannten symptomatischen Manie im Gefolge einer Peritonitis ist höchst charakteristisch.

Interessant in mehrfacher Beziehung und sehr genau dargestellt ist der hierher gehörige bekannte Westphal'sche Fall einer unter dem Bilde der Mania furiosa aufgetretenen Endocarditis ulcerosa puerperalis.

Tuke, der eine gewisse Autorität auf diesem Gebiete besitzt, drückt sich in seiner Monographie folgendermassen aus: „Es kommen Fälle vor, in denen der Puls und auch andere Symptome eine fieberhafte Krankheit verrathen; es handelt sich dann um Entzündung eines Organes, deren andere Symptome durch die Geisteskrankheit maskirt sind, wie es ja überhaupt oft sehr schwierig ist, eine bei Geisteskranken verlaufende anderweitige Krankheit zu erkennen. In solchen Fällen ist die Prognose gewöhnlich sehr ungünstig, während die puerperale Manie an und für sich eine sehr günstige Prognose gibt und die heilbarste Form der Geistesstörung ist, wenn sie rechtzeitig der Anstalt zugeführt wird.“

Leidesdorf erwähnt zwei Fälle von Fiebermanien aus seiner Beobachtung und sagt folgendes darüber: „Wenn man nun den ganzen Krankheitsprozess in diesen beiden Fällen überblickt, so wird man dazu gedrängt, die Psychose als eine Theilerscheinung der pyämischen oder septicämischen Blutvergiftung aufzufassen“.

Luebben führt in seiner Statistik die Fiebererkrankungen nur in der Rubrik der Complicationen an und constatirt sie 14 Mal unter den letzteren.

Fürstner constatirt ebenfalls, dass sehr häufig der Beginn der Psychosen mit dem Auftreten eines fieberhaften Processes zusammenfällt. Nach ihm scheinen selbst ganz leichte Mastitiden, Para- und Endometritiden in Betracht zu kommen; er erwähnt auch einen Fall im Gefolge einer Parotitis.

Guido Weber ist nicht weniger affirmativ. Er gesteht den fieberhaften Affectionen im Wochenbett hervorragende ätiologische Bedeutung zu und beschreibt selbst zwei sogenannte symptomatische febrile Delirien mit Uebergang in wirkliches Irresein.

Ripping findet 6 Mal vorausgehende Mastitis, 2 Mal Parametritis in der Siegburger Statistik.

F. Weber erkennt in seiner Petersburger Statistik den unter 46 Fällen beobachteten 5 Eudometritiden, 2 Perimetritiden und 1 Mastitis einen gewissen Einfluss auf die Entstehung der Psychosen zu, obgleich er sich sehr vorsichtig über den Causalnexus ausdrückt.

Schmidt berichtet nur beiläufig, dass oft eiternde Mastitis, einmal auch Parametritis der psychischen Erkrankung vorausgegangen sei.

Noch weniger Ausbeute gewähren die französischen Bearbeitungen der Puerperalpsychosen über den erwähnten Gegenstand. Ausser den von Bottentuit beschriebenen zwei Fällen, der eine aus der Klinik von Donnadieu, der andere aus der von Magnau und Bouchereau, finden wir nur sehr spärliche Angaben über vorausgehende Fieberprocesse; Cortyl erwähnt dieselben höchstens als zufällig coïncidirende neben der Psychose einhergehende Processe, den Einfluss der Mastitis nimmt er an, sucht ihn aber nach dem Beispiel von Marcé durch psychische Einwirkungen zu erklären. Ihm folgen Boudrie und Garcia Rijo; auch Dagonet gedenkt in seinem neuen Lehrbuche des Einflusses entzündlicher Krankheiten auf die Entstehung von Puerperalpsychosen noch mit keinem Worte.

Hingegen hat Arndt in seiner bekannten Monographie die in Rede stehenden Verhältnisse sehr klar dargestellt. Er erkennt den Einfluss der Fiebererkrankungen und Mastitiden als den wichtigsten und ersten Factor im Puerperium an und lässt sich dann weiter folgendermassen aus: „Gemeiniglich führen sie (nämlich die septichämischen und embolischen Processe) aber bald zum Tode, und psychische Alterationen, welche nach kurzer Zeit durch den Tod ihren Abschluss finden, werden von einer Reihe von Aerzten noch immer nicht als psychische Krankheiten anerkannt. Sie sind ihnen Fieberdelirien, Inanitionsdelirien und als solche ganz selbstverständliche Erscheinungen; Geisteskrankheiten seien doch noch etwas Anderes. Was aber, das sagen sie nicht.“

Griesinger fasst 1871 die bis dahin bekannten Erfahrungen über puerperale Fieberpsychosen in den folgenden Sätzen zusammen: „Unter den später, aber immer noch am liebsten in den ersten 14 Tagen nach der Geburt ausbrechenden Seelenstörungen sind nun die einen als das symptomatische Delirium anderer, schwerer Puerperalkrankheiten, namentlich der Endometritis, der Phlebitis und Pyämie, der consecutiven Endocarditis (? Kiwisch) etc. zu betrachten — Fälle, bei denen die Gehirnaffection theils dem übeln Einflusse des eiterig inficirten Blutes, theils deutlicher Kopfcongestion zugeschrieben werden muss, wo die Seelenstörung zwar zunächst die (bedenkliche) Prognose der Hauptkrankheit theilt, im Ganzen mit dieser steht oder fällt, aber doch in einzelnen Fällen, bei erfolgender Genesung von dem Kindbettfieber längere Zeit fortdauern kann.“

Aus neuester Zeit endlich liegen wieder mehrere Einzelberichte solcher Erkrankungen vor.

Donald Fraser berichtet über drei in Folge von Septichämie aufgetretene heftige deliriöse Zustände. Er will die durch solche Infectionen verursachten Psychosen in Gebärhäusern behandelt wissen.

Thomas Edwards publicirt einen Fall von schwerer psychischer

Affection zugleich mit Puerperalsepsis und Heilung ersterer nach Heilung der septischen Erkrankung.

Am entschiedensten noch hat aber Clark in allerletzter Zeit die Abhängigkeit einer grossen Anzahl dieser Psychosen von Fieberkrankheiten ausgesprochen, indem er unter 15 Fällen in 10 letztere nachwies und zwar waren dies zwei Fälle in Folge von Phthise, acht in Folge von Affectionen des Uterus und der Nachbarorgane, darunter vier schwere Fälle mit ausgeprägter Septicämie, die anderen vier leichte mit oder ohne mild verlaufende Septicämie. Er ist von der Wichtigkeit dieser Complicationen, wie aus folgender Betrachtung desselben hervorgeht, ganz und gar durchdrungen. „The complications of puerperal insanity", sagt er, „have .... proved excessively fatal .... That they are not so frequently or not so quickly recognised and attended to as they might be, is nothing wonderful, seeing that they are often eclipsed by mental symptoms of grave significance, and that their own symptoms are frequently masked or misleading. ... But it is exceedingly probable that if the connexion between bodily and mental states were more carefully studied, we should find a large proportion of cases where complications, slight it may be, were coexistent with, if not antecedent to, the mental disease. Of this I am persuaded that an invariable physical examination, especially genito-urinray, is as essential as an abstract study of the mental phenomena."

Wie uns scheint, hat Holmes dieselbe Thatsache bezeugt, indem er neuerdings Risse durch den mit Nerven reich ausgestatteten Cervix uteri als Ursache von Puerperalpsychosen beschuldigt. Wenn man nämlich bedenkt, dass fast bei allen Erstgebärenden Cervixrisse vorkommen, und dass dieselben auch bei Mehrgebärenden durchaus nicht selten sind, so kann man kaum ernstlich die Risse an und für sich anschuldigen. Es muss also noch ein Moment hinzutreten. Da es nun aber eine bekannte Erfahrung ist, dass leichte fieberhafte Para- und Perimetriditen ungemein oft gerade von diesen Rissen ausgehen und tiefgreifende Risse selbst leicht in Puerperalgeschwüre sich umwandeln, und da übrigens Holmes selbst gesteht, dass die Ulcera oft belegt gewesen seien, glauben wir nicht fehlzugehen, wenn wir die Cervixrisse nur in ihrer Eigenschaft als Vermittler fieberhafter Erkrankungen bei der Entstehung von Psychosen verantwortlich machen.

Neuer casuistischer Beitrag.

Überblicken wir die ganze eben analysirte Reihe der überall in der Literatur zerstreuten Angaben über puerperale Fieberpsychosen, so müssen wir zugeben, dass auch von früheren Autoren genugsam auf das in Rede stehende ätiologische Moment hingewiesen worden ist. Wenn wir es uns nichtsdestoweniger zur Aufgabe machen, noch einmal darauf zurückzukommen, so geschieht dies in der doppelten Absicht, erstens die bisherigen Ansichten darüber zusammenzustellen und neue Beobachtungen hinzuzufügen, die uns gestatten, diese ätiologische Gruppe psychischer Erkrankungen näher in's Auge zu fassen und zu classificiren, zweitens die Lehre von der Rolle des Fiebers in Bezug auf die Genese psychischer Erkrankungen im allgemeinen nach dieser speziellen Richtung hin, in Bezug auf die Erkrankungen im Puerperium nämlich, insoweit es nach den gegebenen Beobachtungen in unseren Kräften steht, zu ergänzen.

Was zunächst den letzteren Punkt betrifft, ist es eine schon längst anerkannte Thatsache, dass fieberhafte Affectionen jeder Art im Stande sind, wirkliche Psychosen hervorzurufen, wenn auch die nachdrückliche Betonung dieser Thatsache und die systematische Bearbeitung der einschlägigen Fälle ebenfalls erst aus neuerer Zeit stammt. Man vergleiche nur auf diesem Gebiete die sehr umfassenden Literaturangaben in den ausgezeichneten Arbeiten von KRÆPELIN: „Ueber den Einfluss acuter Krankheiten auf die Entstehung von Geisteskrankheiten" (Archiv für Psychiatrie Bd. XI und XII) und von Franz MÜLLER: „Ueber psychische Erkrankungen bei acuten fieberhaften Krankheiten" (Strassburger Inauguraldissertation. Kiel. 1880.) und die Fortsetzung über die letzten Jahre in der Abhandlung von Casimir v. POKLATECKI: „Beitrag zur Casuistik der Psychosen bei acuten fieberhaften Erkrankungen" (Inauguraldissertation. Strassburg. 1886.) Aber in den bekanntesten Schriften über den Einfluss der Infectionsfieber auf die Entstehung psychischer Alienationen hat man immer die Puerperalinfection und die localen phlegmonösen Processe der Mamma entweder nur

höchstens erwähnt oder, wie es meistens geschah, vollständig ausser Acht gelassen, trotzdem, wie wir oben gezeigt haben, diejenigen, welche sich speciell mit Puerperalpsychosen befassten, deren Einfluss schon längst anerkannt hatten. Vorliegende Arbeit soll demgemäss zugleich einen Beitrag zur Lehre von den Fieberalienationen überhaupt liefern.

Wir wurden auf die Wichtigkeit der Fieberprocesse für die Genese puerperaler Psychosen zuerst aufmerksam, während wir die Krankengeschichten der in der Strassburger Universitätsklinik seit dem Jahre 1872 bis in die letzte Zeit hinein beobachteten Puerperalpsychosen durchgingen. Es war uns nämlich auffallend, wie oft da Fiebertemperaturen bei den Patientinnen notirt waren. Freilich waren wir uns wohl bewusst, dass einige psychische Erkrankungen von Fieber, als einem integrirenden Symptom begleitet zu sein pflegen, dass ferner noch viel mehr Psychosen in Folge von Secundäraffectionen, Traumatismus u. s. w. sich mit Fieber compliciren. Von letztern febrilen Processen haben wir vollständig abgesehen und uns bemüht, dieselben möglichst auszuscheiden. Es lag uns nämlich daran, nur die Fälle zur vorliegenden Betrachtung herauszusuchen, von welchen mit hinlänglicher Sicherheit nachgewiesen werden konnte, dass ein mit dem puerperalen Zustande der Patientinnen direkt oder indirekt zusammenhängendes Fieber dem Ausbruche von Symptomen einer psychischen Alteration evident vorausging oder wenigstens beide zugleich in voller Stärke einsetzten, ohne dass die Fiebertemperaturen von dem psychischen Zustande selbst nach der Natur desselben hätten abgeleitet werden können. In dieser Weise glauben wir auch dem von Cortyl und Boudrie erhobenen Einwurf zu begegnen, dessen Berechtigung a priori nicht von der Hand zu weisen ist, nämlich dass bei der Häufigkeit der Fieberprocesse bei Puerperis überhaupt das Zusammentreffen beider Elemente Fieber und Psychose ein rein zufälliges Ereigniss bedeute, insofern als psychisch erkrankte Wöchnerinnen in derselben Proportion Fiebererkrankungen anheimfallen, wie geistig normal gebliebene. Eine Statistik, welche allein diese Frage entgültig entscheiden könnte, ist natürlich mit den vorliegenden Zahlen bisher unmöglich beizubringen. Man wird uns jedoch gestatten, bezugnehmend auf die folgenden Erörterungen auch ohne eine solche Statistik in der verhältnissmässig grossen Zahl der angeführten Fälle, in der Art der zeitlichen Aufeinanderfolge beider Processe und in dem Charakter und Verlauf einer grossen Anzahl der vorliegenden Geistesstörungen den Beweis eines causalen Zusammenhanges als erbracht voraussetzen zu dürfen.

Unter den oben erwähnten 50 Puerperalpsychosen aus der Strassburger psychiatrischen Klinik war es uns möglich 8 typische puerperale Fieberpsychosen — so wollen wir kurz die Gruppe der durch Fieberaffectionen hervorgerufenen Psychosen im Puerperium benennen — zusammenzustellen, abgesehen von mehreren, etwa fünf anderen Er-

krankungen, wo wir denselben Zusammenhang vermutheten, wo es aber unmöglich war, nachträglich denselben mit einiger Sicherheit festzustellen.

Gehen wir genauer auf die Natur der vorliegenden acht Erkrankungsfälle ein, speciell auf die Art der determinirenden fieberhaften Affection, so constatiren wir darunter einen Fall von Phthisis florida (II), sechs Fälle von Puerperalfieber (I, III, IV, V, VI, VIII) und einen Fall von Mastitis (VII). Der Beginn aller dieser Erkrankungen fällt in die erste Zeit, grösstentheils auf die ersten Tage nach der Niederkunft.

Lässt man auch die fünf zweifelhaften Beobachtungen ganz ausser Betracht, so bleibt immer noch das Verhältniss von acht Fieberpsychosen unter 28 Wochenbetts-Alienationen ein ziemlich überraschendes. Es würde sich daraus ergeben, dass die puerperalen Fieberpsychosen mehr als ein Viertel aller geistigen Störungen im Wochenbett ausmachen, ein Resultat, welches zugleich aus dem Theil der Casuistik, welcher genauer auf dieses Moment Rücksicht nimmt, vollste Bestätigung erfährt. Man könnte sich demnach darüber wundern, dass in vielen der bisherigen Abhandlungen über dieses Thema, soweit sie uns vorliegen und speciell in den aus psychiatrischen Anstalten hervorgehenden grossen und massgebenden neueren Statistiken von Marcé, Luebben, Ripping und Schmidt, dies occasionelle ätiologische Moment nicht mehr gewürdigt worden ist, während die Geburtshelfer selbst von jeher die Tragweite desselben gekannt zu haben scheinen, hätte man nicht die Erklärung vielleicht darin zu suchen, dass die charakteristischsten Fälle der erwähnten Art an vielen Orten gewöhnlich in den geburtshülflichen Anstalten behandelt werden, und nur die protrahirten Fälle in die grossen psychiatrischen Anstalten übergehen, denen die meisten Beobachter ihr Material entnommen haben. Für psychiatrische Universitätskliniken wie die in Strassburg, die in der Nähe von geburtshülflichen Stationen errichtet sind, fällt dieses Moment fort.

Es möchte auf den ersten Blick unmotivirt erscheinen, in der Reihe der zu besprechenden Fälle auch einen mitzuzählen, bei dem die Genese des Fiebers nicht in unmittelbarem Zusammenhange mit dem puerperalen Zustande steht, nämlich das phthisische Fieber. Aber bekanntlich ist die Phthisis florida im Puerperium keine zufällige Erscheinung; eine indirekte Abhängigkeit zwischen beiden besteht jedenfalls, und die Häufigkeit dieser Fälle von galoppirender Phthise im Puerperium rechtfertigt wohl diese gewagt erscheinende Zusammenstellung mit den eigentlich puerperalen Fieberprocessen und Mastitiden. Uebrigens folgen wir hier nur dem Beispiele früherer Autoren, von denen Clark z. B. zwei derartige Fälle, Garcia Rijo ebenfalls einen mittheilt. Griesinger sagt überdies in seinem Lehrbuch ausdrücklich: „Zuweilen verläuft eine schon bestandene Tuberculose nach der Geburt unter den Erscheinungen der Puerperalmanie rasch tödtlich ab“.

Arndt gedenkt eines interessanten Falles, in dem die Lungenerkrankung in zwei Wochenbetten mit Geistesstörung verbunden auftrat, und wo die Geistesstörung beide Male bald zurückging, als der Lungenprocess sich besserte. Auch der Verlauf und die allgemeine Symptomatologie dieser Alienationen in Begleitung der acuten fieberhaften Lungentuberculose im Puerperium hat mit dem der Alienationen in Folge von Puerperalfieber grosse Aehnlichkeit.

Die klinischen Krankheitsbilder und ihre Systematisirung.

In Anbetracht des Umstandes, dass in den uns bekannten Bearbeitungen der Puerperalpsychosen eine eingehende Beschreibung der Fieberpsychosen im Speciellen bisher nicht existirt, ist es füglich keine ganz undankbare Aufgabe, die uns vorliegenden acht Fälle in klinischer, symptomatologischer und diagnostischer Hinsicht einer detaillirteren Besprechung zu unterziehen, um daraufhin den Versuch einer Systematisirung der in Rede stehenden puerperalen Fieberpsychosen zu wagen. Wenn wir die vorliegenden Beobachtungen nach dem Massstab der Gleichartigkeit des klinischen Bildes zu gruppiren versuchen, so können wir dieselben nach zwei Typen classificiren, eine Eintheilung, welche selbstverständlich bei der naturgemässen Beschränktheit des Materials nur relativen Werth besitzt.

In der ersten Gruppe von Fällen haben wir es mit den gewöhnlichen Krankheitsbildern erleichterten oder erschwerten Vorstellungsverlaufs und Handelns mit allen ihren Folgezuständen zu thun, also mit scheinbarer Manie oder Tobsucht oder mit Melancholie. Die ersteren scheinen einen Theil der rasch verlaufenden, oft leicht heilbaren Fälle von Puerperalmanie im Wochenbett zu repräsentiren, welche so oft zu Irrthümern in Bezug auf Prognose und Therapie der Puerperalpsychosen im allgemeinen geführt haben. Zwei unserer Fälle (I, IV) gehören zu dieser Kategorie als tobsuchtartige Formen. In beiden Fällen fehlt ein eigentlich primärer Affect und ist das Sensorium so ziemlich frei von Trübung und von Hallucinationen. Die eine Kranke, welche nach einem Abort befallen wurde, äusserte zwischen den Tobsuchtsanfällen oft hypochondrische Ideen, war dabei sehr launenhaft und wunderlich. Von körperlichen Begleitsymptomen ist ausser dem Fieber noch zu erwähnen, dass sich bei einer Kranken (I) zugleich viel Eiweiss im Urin fand. Bei beiden war grosse körperliche Schwäche zu constatiren, bei der einen in starken Collapsen sich äussernd, bei der andern auch subjectiv empfunden. Die Dauer der Psychose betrug einige Wochen,

der Ausgang war der in Genesung in dem einen, unbekannt aber prognostisch ebenfalls günstig in dem andern Falle. In der Anamnese der ersten Patientin finden wir Geisteskrankheit einer entfernten Verwandten und Charaktereigenthümlichkeiten notirt, in der der zweiten Patientin ausgesprochene Geisteskrankheiten und Neurosen bei mehreren näheren Verwandten, Alcoholismus des Vaters und eine frühere sechs Monate dauernde Depression ausserhalb eines Puerperium.

Als Repräsentanten der zweiten, melancholischen Form dieser Gruppe können wir nur einen Fall anführen (VII). In demselben war gleich nach der Geburt eine suppurative langdauernde Mastitis aufgetreten, mit ihr eine ausgesprochene Melancholie mit Angstanfällen und öfterer Nahrungsverweigerung, jedoch ebenfalls ohne Hallucinationen. Nach 11monatlicher Dauer der Affection wird Patientin gebessert entlassen. Auch bei dieser Patientin constatiren wir in der Anamnese Geisteskrankheit eines Bruders und vorhergegangenen kurzdauernden Depressionszustand gelegentlich eines ersten Wochenbettes.

Unsere übrigen fünf Fälle (II, III, V, VI, VIII) können wir in einer zweiten Gruppe zusammenfassen, da denselben ein symptomatologisch einheitliches, fast specifisches Krankheitsbild zu Grunde liegt, für dessen wirklich ganz passende Benennung uns die in der Psychiatrie sonst gebräuchlichen Bezeichnungen im Stiche lassen. Dasselbe charakterisirt sich kurz folgendermassen: Nachdem leichte Unruhe, Schlaflosigkeit, Launenhaftigkeit kurze Zeit vorausgegangen sind, oder auch ganz ohne Prodrome, beginnen plötzlich, gewöhnlich Nachts mit der ersten abendlichen Fieberexacerbation oder sogar am letzten Abend vor Constatirung des Fieberzustandes, ein Zustand grosser Aufregung mit motorischem Entäusserungsdrang, verbunden mit zahlreichen Hallucinationen und Illusionen, meist solchen der Gesichts, fast regelmässig angsterregenden, grauenhaften Inhalts, zugleich mit starkem durch die Hallucinationen bedingten, oft durch Delirien der Vorstellung schreckenerregender Natur noch gesteigertem ängstlichem Affect, alles dies begleitet von grosser Verwirrtheit und Benommenheit. Des andern Morgens tritt gewöhnlich Beruhigung und mehr oder minder vollständige Lucidität ein, zugleich meist mit subjectiver Euphorie trotz des schlechten objectiven Befundes. Derselbe Wechsel der Erscheinungen wiederholt sich mehrere Tage lang, indem die mit Hallucinationen und Bewusstseinstrübung verknüpfte Erregung Abends, jedoch mit allmäligem Abblassen des Affects mehrmals wiederkehrt. Die ängstliche Stimmung kann dabei auch mit einzelnen maniacalischen Momenten abwechseln. Mit dem gänzlichen Nachlassen der Erregung nehmen die Paroxysmen einen immer weniger charakteristischen Verlauf, sie äussern sich zuletzt nur noch in dem beständigen Wechsel von Euphorie mit hypochondrischer Verstimmung, Stupor und Apathie, von Depression Morgens und Exaltation Abends, oder umgekehrt, — ein Stadium, welches in einem der Fälle

(VI) direct den allmählichen Übergang zu wirklicher chronischer Demenz vermittelte; in einem andern Falle (V) bildet ein stuporöses Stadium mit Anfällen von Schiessen durch den Kopf, als ob die Erregung wiederkehren wollte, den Schluss. Mit neuen Exacerbationen der fieberhaften Abendtemperatur können auch die acuten heftigen Paroxysmen sich erneuern (III). In Fall VI waren zugleich Muskelzuckungen vorhanden, die später in eigentümliche Anfälle von Zuckungen des ganzen Körpers übergingen. Die Dauer der Psychose belief sich meist auf wenige Wochen und endete mit Genesung ausser in dem erwähnten Falle VI mit den motorischen Erscheinungen, wo dieselbe nach ein Jahr dauernder Beobachtung in voraussichtlich unheilbare Demenz endete. Was die hereditären Verhältnisse bei dieser Gattung psychischer Alienationen betrifft, so constatiren wir in dem in Demenz übergegangenen Falle VI Geisteskrankheit eines Bruders und vorhergegangene psychische Erkrankung der Patientin selbst, in einem andern (III) ebenfalls früher überstandene Psychose, in den übrigen drei Fällen gar keine hereditäre Prädisposition.

Sollen wir etwa alle die uns vorliegenden hier kurz charakterisirten acht Fälle von Alienationen, weil sie in Begleitung eines fieberhaften Processes auftraten, nach der allgemeinen Nomenclatur als einfache oder von Irresein gefolgte Fieberdelirien auffassen? Von einer solchen nichtssagenden und oberflächlichen Betrachtungsweise kann, wie Arndt mit Recht hervorhebt, heutzutage keine Rede mehr sein, seitdem auch das gewöhnliche typische Fieberdelirium in den Rahmen der klinischen Erscheinungsformen der Geistesstörung aufgenommen und eine Differenzirung der verschiedenen Formen desselben angebahnt ist, und seitdem der Aufschwung der psychiatrischen Forschung auf ätiologischem Gebiete den Connex zwischen Fiebererkrankungen und allen möglichen Formen der Seelenstörungen mit Evidenz festgestellt hat.

Uebergehen wir daher zunächst den vagen Begriff „Fieberdelir“ und halten wir uns an die schon in der symptomatologischen Besprechung unserer Fälle angenommene Eintheilung derselben in zwei von einander geschiedene Gruppen! Wir haben dort gesehen, dass die erste Gruppe drei Erkrankungen umfasst, die wir einfach in die gewöhnlichen Rubriken Manie resp. Tobsucht und Melancholie unterbringen können.

Dagegen begegnen wir mehrfachen Schwierigkeiten, wenn wir die fünf übrigen Erkrankungen, welche wir oben in einer zweiten Gruppe zusammenfassten, in unsere herkömmlichen Schemata einzureihen suchen. Dass dieselben in die grosse Krankheitsfamilie der deliriösen Zustände einzurechnen seien, darüber dürfte allerdings wohl kein Zweifel herrschen. Dafür spricht deutlich ihr Charakter als vorübergehende Apperceptionsstörungen mit Beeinträchtigung des Bewusstseins und hochgradiger motorischer Erregung unter Vorherrschen von Sinnestäuschungen, ohne dass einerseits eine besondere primäre Erleichterung

oder Erschwerung des Vorstellungsverlaufes und der motorischen Functionen und stabiler Charakter des Affectes, oder andererseits bleibende Wahnideen zu constatiren wären. Speciell mit dem gewöhnlichen Fieberdelir gemeinsam haben unsere Fälle in klinischer Beziehung noch den theils remittirenden, theils intermittirenden Verlauf der Psychosen, indem mit den täglichen Fieberexacerbationen die Erscheinungen an Intensität gewinnen und bis zur Acme ansteigen, mit den Fieberremissionen wieder abfallen oder auch vollständig gesundem Gebahren Platz machen, ein Verhältniss, das allerdings manchmal sich in einen Typus inversus (II) umkehrt. Diese Remissionen und Intermissionen haben in der That für die Fieberpsychosen überhaupt etwas sehr characteristisches, kommen jedoch, nebenbei bemerkt, denselben nicht allein zu. Unter den 20 in der Strassburger Klinik beobachteten Fällen von nicht durch fieberhafte Zustände veranlassten Puerperalpsychosen im Wochenbett waren dieselben in zwei ganz fieberlos verlaufenen Fällen in recht ausgeprägter Form zu constatiren, und auch andere Autoren (Lasègue, Garcia Rijo) heben die Häufigkeit dieses Symptoms bei Puerperalpsychosen, auch bei ausdrücklich als ganz fieberlos bezeichneten, hervor.

Sollen wir nun ohne weiteres die fünf beobachteten Fälle unserer zweiten Gruppe mit den typischen Fieberdelirien bei andern Fiebererkrankungen, wie etwa bei den acuten Exanthemen und den Typhen, identificiren? Eine solche Identificirung muss man bei unbefangener Beurtheilung schon aus praktischen Gründen aufgeben, nämlich in Anbetracht der Intensität der psychischen Krankheitserscheinungen, welche soweit das Uebergewicht über die somatische Affection behauptet haben, dass die Patientinnen in der psychiatrischen Abtheilung untergebracht werden mussten, was bei gewöhnlichen Fieberdelirien doch nahezu nie nothwendig werden dürfte.

Andererseits tragen unsere vorliegenden Beobachtungen aber auch gewisse gewichtige klinische Merkmale an sich, welche dieselben im allgemeinen, wie schon Kiwisch hervorhob, vor den meisten andern, sei es auf Grund von fieberhaften Erkrankungen, sei es auf Grund specifischer Schädlichkeiten vorkommenden deliriösen Zuständen auszeichnen. Behufs einer Vergleichung mit den sonst analogen Delirien in andern Fiebererkrankungen müssen wir auf drei derartige Punkte aufmerksam machen.

Bevor wir aber diesen Vergleich anstellen, wollen wir uns über die Grundlagen einigen, auf denen derselbe zu fussen hat. Durch die neuesten Arbeiten auf dem Gebiete der Fieberpsychosen hat nämlich, wie oben schon angedeutet, die Lehre von einem specifischen Fieberdelirium eine eigenthümliche Beleuchtung, ja eine vollständige Umgestaltung in dem Sinne erfahren, dass die Bezeichnung „Fieberdelir", analog der Bezeichnung „Puerperalmanie" von einem symptomatischen lediglich zu einem ätiologischen Begriff herabgesunken ist, indem man nachwies, dass alle möglichen Seelenstörungen durch das Fieber hervorgerufen

werden könnten, dass allerdings aber gewisse Formen, vor Allem besondere deliriöse Zustände, überwiegen. Die weniger intensiven Fälle von solchen deliriösen Zuständen, wie wir sie gewöhnlich als „einfache Fieberdelirien“ nach Liebermeister's trefflicher Schilderung in vielen Infectionsfiebern auftreten sehen, sollen uns als Basis für die vergleichende Beurtheilung der puerperalen Fieberdelirien dienen.

Als ersten unterscheidenden Punkt müssen wir das ungewöhnlich frühe Auftreten der Psychose hervorheben. Spät auftretende sogenannte asthenische Fieberalienationen, wie wir sie so oft im Stadium decrementi oder in der Reconvalescenz anderer fieberhafter Erkrankungen beobachten, haben wir unter den 50 Puerperalpsychosen der Strassburger Klinik und ebenso in den in der Literatur zerstreuten Beobachtungen überhaupt nicht auffinden können. Dieselben scheinen also charakteristischer Weise im Puerperium gar nicht zu existiren, wohl aus dem Grunde, weil bei einsetzendem Fieberprocess, da wo eine markirte psychopathische Disposition besteht, schon die ersten Temperaturerhöhungen genügen, um in den geistigen Zustand einer Puerpera verhängnissvoll einzugreifen, so dass es der schweren Schädigung des somatischen und psychischen Organismus, wie sie das Ueberstehen einer länger dauernden Fieberkrankheit mit sich bringt, bei Puerperis gar nicht bedarf. In der That constatiren wir in unsern acht Fällen von Fieberpsychosen das sofortige Auftreten der psychischen Phänomene mit den ersten Fieberregungen, am ersten und zweiten Tage in der Mehrzahl der Fälle (II, III, V, VI, VIII). Der puerperale Zustand vertritt also hier das schwächende Moment, welches den Psychosen des Stadium decrementi und der Reconvalescenz schwerer fieberhafter Erkrankungen zu Grunde liegt. Aber selbst in denjenigen Fieberalienationen bei anderen Erkrankungen, welche während der Fieberacme auftreten, — mit Ausnahme mancher Geistesstörungen bei Erysipelas capitis, Intermittens, acuten Exanthemen, Angina und Diphtherie, wo wir die Möglichkeit eines localen Einflusses auf das Grosshirn oder der Einwirkung specifischer Krankheitsträger nicht ausschliessen können, — setzen die Cerebralsymptome nur selten vor dem Ende der ersten Woche ein. Auf dieses die Fieberpsychosen im Puerperium von den Psychosen in Folge der meisten andern fieberhaften Krankheiten unterscheidende Merkmal muss in pathogenetischer Hinsicht bedeutendes Gewicht gelegt werden, und dasselbe erklärt uns auch, warum so oft die fieberhafte Affection bei Puerperalpsychosen verkannt wird, während dies nur selten bei anderen Erkrankungen der Fall ist.

Eine weitere erwähnenswerthe klinische Besonderheit der beobachteten Delirien gegenüber anderen Fieberdelirien liegt in der auffallenden Unabhängigkeit ersterer von der Schwere der somatischen Affection und der Höhe des Fiebers (Kiwisch). Der schwere oder leichte Charakter der fieberhaften Erkrankung scheint, nach unsern

Beobachtungen zu urtheilen, von fast gar keiner Bedeutung zu sein. Effectiv ist auch kein Fall von den acht tödlich verlaufen, trotzdem die Therapie in solchen Fällen der Sachlage gemäss nur mangelhaft sein kann. Die Abendtemperatur erhob sich in den Fällen der zweiten Gruppe einmal zwar bis auf 41°, ging aber in einem andern Falle nicht über 39° hinaus. Schüttelfröste waren oft vorhanden, fehlten nicht minder oft. Collapszustände dagegen zeigten sich in sehr vielen Fällen (Macleod). Eine einigermassen constante Erscheinung war jedoch die ungewöhnlich hohe Pulsfrequenz, zwischen 140 und 200 variirend, manchmal bei vollem, öfters aber kleinem und häufig dicrotem Pulse. Im Urin zeigte sich einmal viel Eiweiss, andere Male war ausdrücklich „kein Eiweiss" notirt. Es zeigten demnach diese Nebenerscheinungen, vielleicht mit Ausnahme der hohen Pulsfrequenz, keine bestimmten Beziehungen zum psychischen Zustande. Vergleichen wir damit die gewöhnlich als Beispiel herangezogenen deliriösen Zustände im Typhus und in der Pneumonie, so ist es ja von denselben bekannt, dass je nach ihrem Auftreten oder Fehlen so ziemlich die Schwere der Affection sich beurtheilen lässt. Auch dieses Moment documentirt wieder, wie sehr das Wochenbett zu Delirien prädisponirt.

Als dritten und noch weit mehr als die beiden vorhergehenden ins Gewicht fallenden Punkt in der Unterscheidung der Fälle unserer zweiten Gruppe von den Fieberdelirien bei andern Erkrankungen führen wir die Verschiedenheit in der symptomatischen Aeusserung derselben an. Es ist vor allem in dieser Beziehung geltend zu machen, dass die auftretenden Hallucinationen, Illusionen und Delirien des Vorstellungsinhalts nicht gleichgültiger oder wechselnder Art, wie die gewöhnlichen Fieberphantasmen, sondern nahezu regelmässig schrecken- und angsterregender Natur sind. Während ferner die Erinnerung an die Sinnestäuschungen in den Fieberdelirien gewöhnlich nur mangelhaft ist, erinnern sich die Patientinnen in unsern Fällen in ihren luciden Intervallen theilweise sehr genau ihrer Visionen und Vorstellungen. So behauptet eine Patientin in einem luciden Augenblick, man habe sie auf der geburtshülflichen Abtheilung schlecht behandelt, man habe ihr das Gehirn ausgetrunken, ihr Erscheinungen, Köpfe aus Pappdeckel, an das Bett vorgemacht, das habe sie so geängstigt u. s. w. Das Bewusstsein scheint demnach doch nicht so stark getrübt zu sein, wie im gewöhnlichen Fieberdelirium (Kiwisch). Dass die Sache sich allerdings auch umgekehrt verhalten kann, beweist der von Krafft-Ebing aus Pichler's Lehrbuch citirte Fall eines maniacalischen Delirium im Puerperalfieber, während dessen die Puerpera ihr Kind tödtete und wonach vollständige Amnesie für die Zeit des Deliriums bestand. In solchen Fällen darf freilich an eine Complication mit Epilepsie gedacht werden.

Denkt man aber nicht unwillkürlich bei diesen Beschreibungen an das „Delirium tremens", das sich ja nebst der Analogie in symp-

tomatischer Hinsicht, auch in Bezug auf die Plötzlichkeit des Auftretens und die Beziehungen zu einer etwa begleitenden somatischen Affection ganz ähnlich verhält? Schon Tuke sagt, die Puerperalmanie sei der Mania a potu ähnlich.

Garcia Rijo scheint diese Besonderheit puerperaler Delirien ebenfalls aufgefallen zu sein, wie aus folgender Stelle hervorgeht: „Toutefois on peut observer des troubles hallucinatoires de nature pénible analogues à ceux de l'alcoolisme". Noch ausdrücklicher betont dieselbe aber Clark mit folgenden Worten: „In some cases the observer was at times attracted by a ressemblance in certain features to delirium tremens by an expressionary fear, a transient, or more persistent delirium, and the presence of hallucinations of sight and hearing, all combined in one individual". Alle drei Autoren notiren jedoch nicht, ob dieser besondere Zug im Krankheitsbilde speciell den mit Fieber verbundenen Fällen eigen war, eine Supposition, die bei dem Verhältniss der Fieberfälle zu den fieberlosen in Clark's Casuistik viel für sich hat. Der Gedanke an Abusus spirituosorum hatte in einem unserer Fälle in der That so nahe gelegen, dass ausdrücklich in der Krankengeschichte erwähnt wurde, dass Tremor nicht vorhanden war. Erwähnenswerth dürfte auch sein, dass, wenigstens in unsern Fällen in Uebereinstimmung mit dem alcoholischen Delirium, und im Gegensatz zu ähnlichen Delirien in vielen Fieberzuständen, Selbstmordneigung und Aggressivität (ausser in Fall I) vollständig fehlte. Natürlich ist diese Zusammenstellung mit dem Säuferdelirium nur eine vergleichsweise; denn auch der Unterscheidungsmerkmale zwischen beiden Affectionen gibt es genug, erwähnen wir nur den bei den Puerperis mannigfaltigeren, mehr variirenden Inhalt der angsterregenden Hallucinationen, die deutliche Intermittenz der Erscheinungen und das Fehlen der körperlichen Begleitsymptome des Säuferdeliriums.

Einige Aehnlichkeit mit einer besonderen, selteneren Form der Geistesstörung in Folge fieberhafter Processe dürfte den vorliegenden Erkrankungsfällen auch in pathogenetischer Hinsicht nicht abzusprechen sein: wir meinen nämlich die leider etwas unsicher charakterisirten Zustände ängstlicher Melancholie mit Verwirrtheit und motorischem Entäusserungstrieb, welche in der zweiten und dritten Woche des Typhus auftreten können, Zustände, welche Schlager zuerst im Jahre 1857 zuerst beschrieben und mit dem Namen „Typhomanie" belegt hat, obgleich sie nach unserer jetzigen Auffassung mit der eigentlichen Manie nichts zu thun haben. Manche Berührungspunkte dürften sich auch für unsere puerperalen Fieberpsychosen mit gewissen Modificationen der Febris perniciosa delirans ergeben.

Wenn wir also unter den Fieberpsychosen im Allgemeinen keine Zustände gefunden haben, die sich mit denen unserer zweiten Gruppe von Fällen vollständig identificiren lassen, so drängt sich uns selbstverständlich die Frage auf: Treffen wir unter den Psychosen nicht

fiebernder Puerperæ ähnliche Erscheinungsformen der Seelenstörungen wie die geschilderten, d. h. stellen dieselben eine der Formen der bei Wöchnerinnen auch sonst vorkommenden Psychosen dar? Die meisten Autoren berichten nichts von einer solchen speciellen Form, und aus den mitgetheilten Krankengeschichten sie herauszusuchen, wäre zu weitläufig. Wo wir unter letzteren dieselben Erscheinungen bei fieberlosem Verlaufe des Wochenbettes aufzufinden glaubten, lag gewöhnlich nach Angabe der Beobachter eine Complication mit Hysterie vor. Unter den 42 in der Strassburger Klinik behandelten Fällen von unabhängig von Fieberprocessen aufgetretenen Puerperalpsychosen findet sich kein einziger ähnlicher Fall von Geistesstörung. Dagegen beschreibt Fürstner unter der Bezeichnung „Hallucinatorisches Irresein der Wöchnerinnen“ oder „puerperales Irresein“ eine Form geistiger Störung, deren er mehrere Beispiele aus der Berliner Charité anführt und für deren Existenz auch Guido Weber an der Hand von zwölf Fällen eintritt, die aber von andern Beobachtern nicht aufgefunden werden konnte, oder wenigstens, wie von Ripping nicht als besondere Form der Puerperalpsychosen anerkannt wurde, indem nach ihm eine Verwechslung mit gewissen Stadien maniacalischer oder melancholischer Geistesstörung vorlag. Das Krankheitsbild charakterisirt sich im Grossen und Ganzen durch den brüsken Beginn in der ersten Woche des Kindbettes mit äusserst geringen Prodromen und plötzlicher Anschwellung zu stärkster motorischer Erregung, ferner durch den die Situation beherrschenden heftigen, durch Hallucinationen schreckhafter Natur hervorgebrachten ängstlichen Affect. Durch Häufung der Sinnestäuschungen werden die Kranken immer verwirrter, und ihr Thun und Treiben unterscheide sich dann in nichts mehr von dem Tobsüchtiger. Dieser Paroxysmus biete jedoch deutliche Remissionen und Intermissionen, viel vollständiger, als die eigentlich maniacalischen Paroxysmen. Nach kurzer Dauer dieses tobsuchtartigen Verhaltens verfallen die Kranken in ein entschieden stuporöses Stadium, indem sich ein gewisser Affect nur noch durch das Mienenspiel kundgebe, die Perception scheinbar aber nicht leide. An dieses länger dauernde Stadium schliesse sich gewöhnlich die Reconvalescenz an, jedoch könne es auch in wirkliche Demenz übergehen. Ausser dieser ausgesprochenen Form kennt Fürstner noch Abortivformen, wo nur das eine oder das andere Stadium entwickelt sei. Differentialdiagnostisch unterscheide sich die Erkrankung von der Manie vermöge ihrer Form und vermöge ihres Verlaufes: das Incubationsstadium der Manie fehle, der Beginn mit Sinnestäuschungen sei nicht der der Manie, Sinnestäuschungen im weiteren Verlaufe der Manie seien auch ungewöhnlich, der Affect sei hier immer schreckhaft, bei der Manie fast regelmässig heiter, die Remissionen seien viel vollständiger als bei letzterer. Von der Melancholie unterscheide sie sich durch das Fehlen des andauernd psychisch-schmerzhaften Zustandes, von der Verrücktheit auf hallucinatorischer Basis

durch das Nichtvorhandensein von fixen Wahnideen. Am meisten entspreche die Erkrankung den Zuständen von Verwirrtheit und motorischer Erregung bei Epileptikern, welche statt eines legitimen Anfalles oder nach demselben aufzutreten pflegen. Man wird uns zugeben, dass die von uns mitgetheilte Form psychischer Störung in Folge fieberhafter Affectionen bei Wöchnerinnen mit dieser von FÜRSTNER beschriebenen Form von „hallucinatorischem Irresein der Wöchnerinnen“ viel Aehnlichkeit besitzt, besonders wenn wir auf die Nothwendigkeit eines länger dauernden stuporösen Stadiums, das wir höchstens in dem in Demenz übergegangenen Fall VI auffinden können, verzichten und unsere Fälle den von FÜRSTNER als Abortivformen bezeichneten einreihen, so sehr, dass wir fast geneigt wären, uns zu fragen, ob denn bei den Beobachtungen FÜRSTNER's nicht auch Fieberprocesse mit im Spiele gewesen sind. In der That stimmen beide Affectionen in der frühen Zeit des Auftretens, in der kurzen Dauer des Aufregungsstadiums, in der Art und Begründung des herrschenden Affects, in dem Inhalte der Sinnestäuschungen, in dem Zustande des Bewusstseins, in dem öfteren Auftreten von Delirien des Vorstellungsinhalts, in dem motorischen Entäusserungsdrang, kurz fast in allen Details auffällig überein. Ein wesentlicher Unterschied wird aber dadurch gebildet, dass in dem Krankheitsbilde FÜRSTNER's die ausgebildete Form der Psychose mit stuporösem Stadium eine viel längere Dauer zeigt. Sollen wir der in unsern fünf letzten Fällen auftretenden Krankheitsform einen besondern Namen geben, so verwerfen wir zunächst die Bezeichnung „hallucinatorisches Irresein“, die FÜRSTNER seinen Fällen beilegt als zu vag. Wir glauben unsere Fälle vielmehr unter der Rubrik der deliriösen Aufregungszustände subsumiren zu müssen, ähnlich dem Delirium alcoholicum, Delirium acutum, Delirium febrile, Delirium postepilepticum, Delirium hystericum u. s. w., entsprechend ihrem Charakter als vorübergehende Apperceptionsstörungen mit Beeinträchtigung des Bewusstseins und hochgradiger motorischer Erregung in Folge von starken Affecten, welche ihrerseits wieder, soweit sie nicht auf Delirien des Vorstellungskreises zu beziehen sind, durch die zwingende Gewalt der das Gemüth bestürmenden Sinnestäuschungen grauenerregenden Inhalts hervorgerufen zu sein scheinen. Es würde sich empfehlen, diese Form von Geistesstörung im Wochenbett, die bisher entweder mit der Manie zusammengeworfen, oder als „acute Tobsucht“, „acute Aufregung post partum“, oft fälschlich auch als „transitorische Manie“, endlich als „verwirrtes melancholisches Delirium“, „Delirien im Puerperalfieber“ aufgeführt wurde, und welche, soweit unsere Beobachtungen und das Studium der Literatur zu schliessen gestatten, speciell den Fieberprocessen im Wochenbett eigenthümlich erscheint, einfach als „Puerperaldelirium“ zu bezeichnen, um sie von der eigentlichen „Puerperalmanie“ entgültig zu unterscheiden.

Man würde uns missverstehen, wollte man aus den vorhergehenden Erörterungen den Schluss ziehen, dass die fünf Fälle unserer zweiten

Gruppe von Fieberpsychosen im Wochenbett eine für das Puerperium specifische psychische Erkrankungsform repräsentiren, entgegen der allgemein acceptirten neueren Ansicht der Wissenschaft, welche, wie schon oben hervorgehoben, die Annahme einer besonderen Irreseinsform im Puerperium verwirft. Allerdings wurde von jeher nach den besonderen Eigenthümlichkeiten einer vorausgesetzten specifischen „Mania oder Vesania puerperalis“ gesucht und man glaubte sie auch früher fälschlich in einer eigenthümlichen Facies (Esquirol), einem specifischen Geruch, dem Albumingehalt des Urins (Burnett, Simpson, Donkin), dem Hervortreten sexueller Erregungen (Tuke) gefunden zu haben. Die neueren Autoren haben jedoch gewiss Recht, wenn sie behaupten, dass das Puerperium Gelegenheitsursache für alle möglichen geistigen Erkrankungen — auch für die Dementia paralytica, was man früher lange Zeit negirte — werden könne, wenn sie also in der Mania oder Melancholia puerperalis kein eigenartiges psychiatrisches Krankheitsbild erkennen wollen, und alle die obigen Kriterien lediglich auf äusserliche, dem Puerperium anhaftende Eigenthümlichkeiten oder auf willkürliche Annahmen zurückführen. Etwas Anderes ist es dagegen, wenn neuerdings wieder von den competentesten Autoren auf gewisse mit einiger Regelmässigkeit bei allen Puerperalpsychosen wiederkehrende und in den Vordergrund tretende symptomatische Kennzeichen und Eigenthümlichkeiten des Verlaufs aufmerksam gemacht wird, unter anderen auf das Vorherrschen der combinirten Irreseinsformen (Ripping), den brüsken Beginn (Fürstner, Krafft-Ebing), die Remissionen und Intermissionen, die paralytischen Grössenideen (Magnan), die Pupillenungleichheit (Garcia Rijo) und vor Allem die Hallucinationen des Gesichts. Auch in dem von uns als „Puerperaldelirium“ beschriebenen Krankheitsbilde haben wir es im wesentlichen nur mit einem Fieberdelirium im Wochenbett zu thun; dasselbe hat sich jedoch einerseits durch gewisse äusserliche, der eigenthümlichen Situation anhaftende Züge, andererseits durch die eben verzeichneten besonderen Eigenthümlichkeiten im Verlaufe und im Symptomenbilde, welche allen Puerperalpsychosen mehr oder minder zuzukommen pflegen, in eigenartigem Sinne modificirt und dadurch den Schein einer gewissen Selbstständigkeit und Specifität erlangt.

Pathogenese.

„Ein näheres Eingehen in die Ätiologie des Irreseins zeigt nämlich alsbald, wie es in der ausserordentlichen Mehrzahl der Fälle nicht eine einzige specifische Ursache, sondern ein Complex mehrerer, zum Theil sehr vieler und verwickelter, vorbereitender und mehr gelegenheitlicher, schädlicher Momente war, unter deren Zusammenwirken die Krankheit endlich zu Stande kam.“ Wir werden nicht besser, als mit diesen Worten GRIESINGER's die Pathogenese der oben von uns beschriebenen Krankheitsfälle einleiten können, denn wenn irgend welche Erkrankungen geeignet sind, den obigen Ausspruch zu rechtfertigen, so sind es unsere puerperalen Fieberpsychosen. Mag man auch den Einfluss des physiologischen Puerperium auf die Entstehung von Geisteskrankheiten ganz ableugnen, dass aber das mit Fiebererkrankungen complicirte Puerperium eine reiche Quelle von Geistesstörungen bildet, das wird jeder zugeben müssen. Und doch sind es auch diese beiden mächtigen Factoren Puerperium und Fieber nicht an und für sich allein, die den Ausschlag geben — sehen wir dieselben doch immerhin nur in einer verschwindenden Anzahl von Fällen mit Psychosen einhergehen — dazu bedarf es vielmehr fast immer noch des Heeres sich cumulirender prädisponirender und occasioneller Momente, wie sie von jeher in der Aetiologie der Seelenstörungen als bedeutungsvoll aufgeführt wurden. Wir können daher nicht umhin, bevor wir zur pathogenetischen Besprechung des Fiebers und des Puerperiums selbst übergehen, letztere Momente, insoweit sie in unseren Fällen sich finden und eine gewisse Rolle zu spielen im Stande waren, der Reihe nach einer Besprechung zu unterziehen, sei es um diese ihre Rolle als causales oder prädisponirendes Moment des Irreseins in unseren Fällen neben der des Fiebers genauer zu präcisiren, sei es um eine Anschauung von den psychischen Individualitäten zu gewinnen, deren geistiges Leben der hereinbrechenden Macht des Fiebers so rasch erlegen ist.

Schon längst wurde von den Geburtshelfern auf die Rolle schwerer Geburten bei der Entstehung des Puerperalirreseins hingewiesen. Die

Beurtheilung dieses Momentes mag nach unserer Ansicht mit dem vorliegenden Thema über die Rolle der Fiebererkrankungen grossentheils zusammenfallen. Die Dauer der Geburt und die Art der Kunsthülfe sind bekanntlich nicht gleichgültig in Bezug auf die Genese von fieberhaften Complicationen, und je nach dem Eintritt oder Nichteintritt derselben richtet sich wahrscheinlich auch oft der Einfluss auf die Psyche. Aus eben demselben Grunde muss man sehr vorsichtig sein bei der Beurtheilung der früher aufgeworfenen Frage, ob die Anwendung des Chloroforms bei der Geburt, wie Webster 1850 an der Hand von fünf Fällen behauptete, Geisteskrankheit oder vorübergehende geistig anomale Zustände nach sich ziehen könne. Wird doch das Chloroform heutzutage gerade bei solchen Geburten angewandt, welche vermöge der sich darbietenden Schwierigkeiten und der nothwendigen Kunsthülfe septische Processe am ehesten im Gefolge haben. Thatsächlich constatiren wir unter unseren acht Fällen auch zwei derartige; in dem einen wurde chloroformirt, um die Wendung zu machen, im anderen, einem Abort mit fortdauernden Blutungen, behufs Extraction der Eihautreste die Narcose angewandt.

Man hat sich oft darüber gestritten, ob die Puerperalpsychosen bei Erstgebärenden oder bei Mehrgebärenden häufiger seien. In Beziehung auf die Puerperalpsychosen im Allgemeinen ist diese Frage noch kaum entschieden, nach Guido Weber's Statistik aus der Anstalt Sonnenstein würde allerdings für Sachsen das Verhältniss bei denselben vollkommen dem gewöhnlichen Verhältnisse bei Gesunden entsprechen. Was jedoch die Fieberpsychosen im Wochenbett betrifft, müssen wir, nach unseren Fällen zu urtheilen, eine Prädisposition des ersten Wochenbettes annehmen, indem wir unter acht Fällen vier Erstgebärende treffen — ein bei der sonst vorwiegenden Zahl der Multiparen (78 Proc. nach Guido Weber) relativ hoher Antheil ersterer. Dies Verhältniss erscheint uns um so auffälliger, als wir unter den zwanzig ohne vorhergehendes Fieber ausgebrochenen, auf der Strassburger Klinik beobachteten Wochenbetts-Psychosen blos drei Primiparen finden. Grössere Anzahl von Geburten, welche oft argumentirt wurde, war also in unseren Fällen absolut ohne Bedeutung.

Constitutionelle Anämie und Schwächlichkeit, Chlorose und davon abhängige Menstruationsstörungen sind vor allem in der neueren Literatur als wichtige prädisponirende Momente angeführt worden, besonders gilt dies für die Chlorose (Fürstner) mit der bei ihr hypothetisch vorausgesetzten Entwickelungsstörung der Anlage des Gefässsystems nach Virchow's Beobachtungen und für die erworbene Anämie (Ripping, Schmidt). Unter den 42 nicht durch Fieber verursachten Puerperalpsychosen der Strassburger Klinik waren diese Momente ebenfalls in sieben Fällen zu beschuldigen, während in acht weiteren besondere schwächende Einflüsse physischer Art im Spiele waren, so dass also

15 mal unter 42 Fällen eine Prädisposition basirt auf körperlicher Debilität sich nachweisen liess. Denselben Constitutionsanomalien und depotenzirenden Einflüssen müssen wir nach den vorliegenden Beobachtungen auch bei Fieberpsychosen im Wochenbett einige Wichtigkeit beimessen, indem die psychischen Functionen eines von vornherein geschwächten Organismus durch eine Pyrexie auch eher in Unordnung zu gerathen scheinen, als die kräftiger Naturen. Wir finden nämlich unter den acht zu besprechenden Fieberpsychosen bei vier (I, II, III, VII) angeborene Schwäche, Chlorose oder wenigstens auf letztere hindeutende vorübergehende Amenorrhoe verzeichnet.

In zwei unserer acht Fälle (III, V) waren es möglicherweise Einflüsse moralischer Art, — die man überhaupt für das Auftreten von Puerperalpsychosen, manchmal mit Recht, öfters noch mit Unrecht, verantwortlich gemacht hat, deren Bedeutung aber nach den neuesten Zusammenstellungen ganz untergeordneter Natur scheint, — welche den psychischen Organismus so weit zerrütteten, dass er dem verderblichen Einflusse der Fieberwirkung nicht mehr zu widerstehen vermochte.

Endlich wäre noch die grosse Frage der erblichen Prädisposition in ihrer Beziehung zu den puerperalen Fieberpsychosen zu entscheiden. Die Frage lautet in kurzen Worten: Bedarf es immer einer vermöge hereditärer Belastung angeborenen psycho-pathischen Anlage, damit die Fiebererkrankungen im Wochenbett auf das psychische Leben Einfluss auszuüben im Stande sind? Oder unterscheiden sich etwa nach dieser Richtung hin die puerperalen Fieberpsychosen von den gewöhnlichen Puerperalpsychosen? Von vornherein würde ja letztere Annahme nicht zu den Unmöglichkeiten gehören. Bei den vielen occasionellen physischen und moralischen Momenten, welche die Wirkung der Prädisposition des Puerperium speciell im Wochenbett noch zu erhöhen pflegen, liesse sich schon denken, dass ein so eingreifender somatischer Process, wie ein von einer mehr oder minder schweren Organerkrankung oder Blutdissolution abhängiges Fieber, sehr wohl zur Rolle eines die Geisteskrankheit determinirenden Factors gelangen könne, — auch bei ganz fehlender hereditärer Grundlage. Um einen Standpunkt zu gewinnen, von dem aus wir die Frage der erblichen Anlage in Rücksicht auf die Fieberpsychosen im Wochenbett beurtheilen können, müssen wir die Angaben über Erblichkeit bei Puerperalpsychosen überhaupt heranziehen.

Allerdings ist die Meinung der massgebenden Autoren über keinen Punkt früher mehr getheilt gewesen, als gerade über den vorliegenden. Noch entschiedener wurden die Differenzen, als Arndt mit der Behauptung hervortrat, dass eine auf nachweisbarer pathologisch-anatomischer Basis beruhende, meist durch hereditäre, aber auch durch andere Einflüsse hervorgerufene, durch die puerperalen Vorgänge gesteigerte, aus gewissen Erscheinungen im Leben diagnosticirbare, psychopathische Diathese existire, auf deren Grundlage allein das Puerperalirresein in

den meisten Fällen entstehe. Arndt stellte sich als eifriger Verfechter dieser Meinung in den schärfsten Gegensatz zu den älteren Autoren, welche von jeher die relative Unabhängigkeit der Puerperalpsychosen, gegenüber anderen Geisteskrankheiten, von jeder psychopathischen, speciell ererbten Grundlage hervorgehoben haben.

Was zunächst die eigentlich hereditäre Belastung betrifft, — die wir einstweilen, so lange wir für die psycho- oder neuropathische Constitution nach Arndt's Auffassung, wenn sie überhaupt existirt, nicht schärfere diagnostische Kennzeichen besitzen, als dominirende Basis in der Frage der psychopathischen Prädisposition betrachten müssen, — so ist es fast überflüssig, bei den vagen Begriffsbestimmungen, die Angaben aller Autoren heranzuziehen. Nachdem wir oben die Extreme angedeutet, wollen wir noch einige der zuverlässigsten Mittelzahlen herausgreifen, um einigermassen eine Anschauung dieser Verhältnisse zu gewinnen. Fürstner stellt 373 Fälle zusammen, von denen 137 unter sogenannter directer oder atavistischer hereditärer Belastung standen (d. h. Vorhandensein ausgebildeter Psychosen bei den Eltern oder Grosseltern), also nahezu 37 Proc., zugleich führt er das Resultat von Stonehouse an, der 33 Proc. gefunden hatte. Er meint ferner, dass man, falls man die Heredität im weiteren Sinne als Massstab anlege (d. h. Vorhandensein irgend einer psychischen Anomalie oder Neurose in der Familie), in der Majorität der Fälle dieselbe nachweisen könne, in der That findet er sie 21 mal unter seinen eigenen 38 Fällen. Dagegen will er bei keiner seiner Patientinnen in der psychischen Vergangenheit die Attribute der psychopathischen Constitution nach Arndt's Schilderung gefunden haben. Savage zählt 31 Proc., Luebben 43, Weber 28, Ripping 42,6 gegenüber 41,6 Proc. der Frauen überhaupt, Schmidt 35,8, Porporati 50 Proc. Heredität.

Sehen wir also von der sich nicht concret documentirenden psychopathischen Constitution ab, so werden wir am sichersten gehen, ein Verhältniss von 15 bis 20 Proc. directer hereditärer Belastung und ungefähr 33 Proc. allgemeine hereditäre Anlage (zum Theil aus indirekten Zeichen geschlossen, nennen wir sie indirekte Heredität) bei den gewöhnlichen Puerperalpsychosen anzunehmen.

In den acht uns vorliegenden Fällen von puerperalen Fieberpsychosen finden wir, indem wir jeden Fall einzeln anamnestisch durchgehen und von einfachen Charaktereigenthümlichkeiten absehen, die in fünf Fällen figuriren (I, II, III, IV, VII), folgende Angaben:

I. Geisteskrankheit einer entfernten Verwandten.
II. 0.
III. Frühere leichte Psychose.
IV. Ausgesprochene Psychosen und Neurosen in der Familie.
V. 0.
VI. Psychose eines Bruders. Frühere leichte Psychose.

VII. Psychose eines Bruders nach Nervenfieber.

VIII. 0.

Psychosen bei Collateralen waren also in vier Fällen, d. h. in der Hälfte derselben schon vorgekommen (Indirekte Heredität). Eine evidente Prädisposition, vielleicht auch hereditärer Natur, ist in einem weiteren Falle durch die frühere Geisteskrankheit ausserhalb des Puerperium gegeben. Dagegen konnte in drei Fällen gar nichts von hereditärer Prädisposition festgestellt werden. Diese acht Fälle von Fieberpsychosen im Puerperium machen demnach von den seitens der hereditären Belastung für die Puerperalpsychosen überhaupt geltenden Gesetzen keine Ausnahme.

Zieht man zum Vergleiche die Psychosen bei fieberhaften acuten Erkrankungen im allgemeinen heran, so begegnet man auch hier ähnlichen Angaben, trotzdem auf dem betreffenden Gebiete ebenfalls keine vollständige Uebereinstimmung herrscht. Auf der einen Seite steht Kræpelin, der die Psychosen der Fieberacme von den nach Ablauf der Fiebererkrankungen auftretenden sogenannten asthenischen Psychosen trennt und in den ersteren, bei unserm Thema allein in Betracht kommenden Fällen der hereditären Belastung nur geringe Bedeutung beimisst: Unter 41 Fällen, wo hereditäre Verhältnisse angegeben waren, fand er zwar 16 mal, d. h. in 40 Proc., erbliche Anlage, hält aber diese Ziffer aus gewissen Gründen für viel zu hoch ausgefallen. Auf der andern Seite steht die durch die weiteren casuistischen Beiträge und Zusammenstellungen von Kirn und v. Poklatecki gestützte, neuerdings immer mehr zur Geltung gelangende Ansicht von Franz Müller, welcher der allgemeinen Prädisposition die wichtigste Rolle bei der Entstehung der Fieberpsychosen beimisst und darunter auch die hereditäre Belastung als oft gefundenes Moment hervorhebt: Unter 77 Angaben über Heredität findet er 31 positive, also ebenfalls in 40 Proc., glaubt jedoch, dass diese Zahl „ungefähr zwischen den Extremen der Statistik mindestens die Mitte hält".

Nach den eben ausgeführten Erörterungen dürfen wir, ohne auf Grund des uns vorliegenden spärlichen Materials einen definitiven Schluss zu wagen, wenigstens soweit die gegebene Grundlage es erlaubt, behaupten, dass die puerperalen Fieberpsychosen in Bezug auf ihr Verhältniss zur erblichen Prädisposition sich weder von den Puerperalpsychosen, noch von den Fieberalienationen im allgemeinen wesentlich unterscheiden.

Der Übersicht halber stellen wir kurz die prädisponirenden Momente, von denen wir bisher gesprochen haben, für jeden einzelnen Fall in einer Tabelle zusammen:

I. Geisteskrankheit einer entfernten Verwandten. Dysmenorrhoe.

II. Chlorose. Beschwerliche Schwangerschaft.

III. Chlorose. Vorausgegangener halbjähriger Depressionszustand. Kummer.

IV. Geisteskrankheit mehrerer Verwandten. Vater Quartalsäufer mit Wuthparoxysmen. Vorausgegangener halbjähriger Depressionszustand. Früher Coccygodynie und Unterleibsbeschwerden. Jetzt Blutverluste.

V. Moralische Einflüsse. Schwere Geburt.

VI. Bruder irrsinnig. Schlechte Behandlung von Seiten des Mannes. Ist eine Zeit lang „ausser sich“ gewesen.

VII. Bruder starb psychisch gestört. Dysmenorrhoe. Kurz dauernde psychische Depression im ersten Wochenbett.

VIII. Unglücklich verheirathet, vom Mann verlassen.

Wenn wir aus dieser ganzen Zusammenstellung einen Schluss ziehen sollen, so kann es nur der sein, dass zwar überall das Fieber und der puerperale Zustand selbst die causæ proximæ, der letztere das prädisponirende, das erstere das occasionelle, determinirende Moment der Psychose lieferten, — Momente, die wahrscheinlich auch ohne irgend welche sonstige, sei es hereditäre, sei es anderweitige Prädisposition eine Puerperalpsychose hervorbringen können, — dass aber diese Fälle jedenfalls eine kleine Minderzahl bilden, während in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Fiebererkrankung, nach dem in der Psychiatrie überall geltenden Gesetze der Cumulation der Ursachen, erst auf einem durch hereditäre Belastung und frühere Psychosen, durch angeborene körperliche Debilität oder chlorotische Constitution, durch erworbene Anämie und sonstige schädigende Einflüsse physischer und moralischer Natur vorbereiteten Boden die Psychose erzeugte.

Also mögen auch auf dem Gebiete der puerperalen Fieberpsychose, — wo man am ehesten noch eine Ausnahme erwarten sollte — die neueren Theorien der Psychiatrie, welche auf die Prädisposition zu Geisteskrankheiten das Hauptgewicht legen und Puerperium und Fieber ebenfalls nur als occasionelle Noxen anerkennen wollen, Recht behalten. Wir hätten uns also nur noch die Frage vorzulegen, wie man sich die schädliche Wirkung des Puerperium und der Pyrexien auf das Gehirnleben zu denken hat.

Trotz der grossen Zahl ausgezeichneter, darüber veröffentlichter Arbeiten sind wir noch weit davon entfernt, eine befriedigende Erklärung dieser Wirkung geben zu können. Was die Ursache der angenommenen Prädispositon des Puerperium zu geistigen Erkrankungen betrifft, so wurde dieselbe von jeher einerseits auf gewisse geheimnissvolle sympathische, von dem schwangeren Uterus ausgehende Einflüsse, andererseits auf die allgemeinen Veränderungen der Zusammensetzung des Blutes und der anderen Körpersäfte, der Circulation, der Ernährung und des gesammten Stoffwechsels, — Abnormitäten, die sich besonders in der Oligämie und starken Gewichtsabnahme (Ripping, Schmidt, Krafft-Ebing) äussern —, ja theilweise auf rein mechanische, durch den Stand des Uterus bedingte Verhältnisse zurückgeführt.

Ueber die Wirkungen fieberhafter Erkrankungen auf das psychische Leben treffen wir sehr ausführliche Studien und Kritiken der einzelnen Ansichten in den mehrerwähnten Werken über Fieberpsychosen. Wir greifen daraus die wichtigsten Resultate in Rücksicht auf die vorliegenden Fälle heraus. Eine fieberhafte somatische Affection kann auf vier Arten das Gehirnleben beeinflussen: erstens durch Localisation des Krankheitsgiftes in der Schädelhöhle, zweitens durch den direkten toxischen Einfluss eines im Blute kreisenden specifischen Krankheitsvirus auf die Elemente des psychischen Organs, drittens durch die Erschöpfung des ganzen Organismus, viertens endlich durch das begleitende Fieber. Wenn den ersten beiden Momenten, einerseits in Anbetracht des meist vorübergehenden Charakters der Störungen und des gewöhnlich negativen Sectionsbefundes am Gehirn, andererseits in Anbetracht der Gleichartigkeit der psychischen Krankheitsbilder bei der Verschiedenartigkeit der krankmachenden Agentien, nur in wenigen Fällen ein Einfluss zugeschrieben werden kann, während die Erschöpfung des ganzen Organismus erst in späteren Stadien der Krankheit sich geltend zu machen pflegt, so sind wir um so eher darauf hingewiesen, in dem letzten Moment, in der fieberhaften Erhöhung der Körpertemperatur mit ihren Begleiterscheinungen, den entscheidenden Faktor in Bezug auf das psychische Verhalten zu erblicken. Zudem spricht auch der theilweise Parallelismus der psychischen Erscheinungen mit der Temperaturkurve, die tägliche Remittenz, ja vollständige Intermittenz der Symptome in den meisten Fällen, die starke Exacerbation bei dem Eintritt excessiver Fiebertemperaturen, für die Abhängigkeit der beobachteten Psychosen von den abnormen Temperaturverhältnissen des Körpers.

Eine Erklärung der Wirkung fieberhafter Allgemeinerkrankungen auf die Psyche haben uns zunächst die pathologischen Anatomen (Buhl, Hoffmann, Nobiling) zu geben versucht. Freilich weiss man von den auf diesem Wege gewonnenen Thatsachen, welche zudem fast allein typhöse Erkrankungen betreffen, nie sicher, ob dieselben lediglich Fieberwirkungen oder specifische Krankheitserscheinungen repräsentiren. Bei der Autopsie Typhuskranker, die im Fieberstadium verstarben, wollen nämlich die Pathologen Oedem der weichen Hirnhäute und Durchfeuchtung der Gehirnmasse regelmässig constatirt haben. Die mikroskopische Anatomie (Meynert, Hoffmann, Popoff, Herzog Carl in Bayern) glaubte ebenfalls einigen Aufschluss bringen zu können durch den Befund einer wahren Infiltration der Gehirnsubstanz durch weisse Blutkörperchen, besonders der Anhäufung derselben in den perivasculären lymphatischen Räumen und den perigangliönären Saftlücken — nach einem Untersucher (Popoff) sollten dieselben sogar bis in den Leib der Ganglienkörper wandern — ferner durch den Nachweis vieler in Zelltheilung begriffenen Ganglienzellen, endlich durch

den Befund einer Art parenchymatöser, zum Theil fettiger Degeneration der Gehirnsubstanz mit Einlagerung von Pigmentkörperchen und Zerfall vieler Ganglienzellen. Nach Herzog Carl in Bayern sollen die beobachteten cerebralen Erscheinungen jedoch nicht mit diesen Anomalien des Gehirns an sich, die nach ihm weiter nichts als Stauungserscheinungen bedeuten sollen, sondern lediglich mit der acuten Steigerung derselben, wie sie in Fieberprocessen sehr wohl in Folge der Circulationsstörungen vorkommen kann, in Zusammenhang zu bringen sein.

Alle diese Beobachtungen beziehen sich jedoch, wie gesagt, einzig und allein auf den Abdominaltyphus. Ob wir in den uns vorliegenden puerperalen Fieberpsychosen auf diese anatomischen Funde zur Erklärung der beobachteten Cerebralsymptome recurriren dürfen, bleibt mehr als zweifelhaft, wenn man erwägt, dass die gefundenen Anomalien des Gehirns ihrer Natur nach nur nach längerer Dauer des Fiebers aufzutreten pflegen, dass dagegen in unseren Fällen die Psychose meist gleich nach den ersten Fiebertagen einsetzte. Thatsächlich widersprechen der obigen Annahme gerade auch in Bezug auf septische Erkrankungen und speciell auf die uns interessirenden Fälle puerperaler Septicämie, die fast vollständig negativen Untersuchungsergebnisse von Blaschko, welcher Gehirne von an Septicämie verstorbenen Wöchnerinnen einer eingehenden mikroskopischen Untersuchung unterwarf und ausser Mikrokokken gar nichts abnormes nachzuweisen vermochte. In einem experimentell am Thiere erzeugten septischen Fieber fand Blaschko auch Mikrokokkenpfröpfe in Capillaren und Venen der Grosshirnrinde, ein Befund, der von Heschl auch an septisch erkrankten Menschen seine Bestätigung fand. So lange aber diese Angaben so vereinzelt dastehen — und neuere Untersuchungen sind uns nicht bekannt geworden — dürfen wir eine derartige Localisation der Krankheitsträger im Gehirn nicht ohne Weiteres als eventuelle Ursache der Geistesstörungen bei septischen Processen im Puerperium statuiren.

Wir werden demnach behufs einer Erklärung des Einflusses der Fiebererkrankungen auf das Cerebrum nothwendigerweise auf die Ergebnisse der physiologischen Forschung angewiesen bleiben. Nach den letzteren wären die beobachteten Gehirnerscheinungen hauptsächlich die Folge der durch die fieberhafte Erhöhung der Körpertemperatur verursachten Funktionsanomalien der wichtigeren Organe. Diese Funktionsstörungen betreffen zunächst unmittelbar das Organ des geistigen Lebens, indem sie seine Elemente ebensogut wie die anderer Organe, wenn auch nicht in demselben Maasse wie Muskulatur und Drüsenapparat, zum gesteigerten Verbrennungsprocess heranziehen, ein Vorgang, der schon ganz allein viele funktionelle Störungen zu erklären vermöchte. Dazu gesellt sich noch die abnorm hohe Temperatur, unter deren Einfluss die Funktionen des centralen Nervensystems gewiss auch nach einer oder der anderen Richtung, wie aus den lehrreichen experi-

mentellen Untersuchungen Wundt's an peripherischen Nerven erhellt, in ihrer Integrität leiden müssen, ferner die Veränderungen in der Concentration und Zusammensetzung der das Gehirn ernährenden Säfte, welche nothwendig mit der Temperaturerhöhung und den sekundären Veränderungen der Verdauung, Circulation, Athmung und Secretionen verbunden sind. Entschieden noch mehr von Belang erscheinen aber die Circulationsstörungen selbst, und wir haben oben schon hervorgehoben, und wollen noch einmal betonen, dass in unseren 8 Fällen eine excessive Pulsbeschleunigung, bei sonst ziemlich wechselnder Beschaffenheit des Pulses, fast constant zu notiren war. Bei länger dauerndem Fieber kommt noch die consecutive Herzschwäche mit Blutstauungserscheinungen in der Schädelhöhle in Betracht. Als nicht zu unterschätzende weitere Ursachen der cerebralen Erscheinungen des Fiebers hat man die Anhäufung von Verbrennungsprodukten in den Körpersäften durch Überproduktion derselben in Anschlag zu bringen, welche vor allem durch die fast regelmässig in höherem oder geringerem Grade mit dem Fieberprocess einhergehenden Funktionsstörungen der ausscheidenden Organe verderblich werden kann. Beiläufig nur erwähnen wir noch der oft bekämpften und immer wieder herbeigezogenen Theorie von der febrilen functionellen Fluxions- oder Stauungs-Hyperämie (Schlager, Kræpelin) und dem noch mehr Anklang findenden Axiom der febrilen Anämie des Gehirns und seiner Häute (Griesinger, Nasse, Trousseau, H. Weber, Scholz, Dickschen).

Prognose und Therapie.

Es wäre eine irrige Voraussetzung, wollte man für die puerperalen Fieberpsychosen lediglich auf Grund des Umstandes, dass sie durch eine somatische, der Rückgängigkeit meist fähige und effectiv auch in unseren Fällen immer in relative Heilung übergegangene Erkrankung bedingt sind, eine absolut günstige Prognose gegenüber anderen Puerperalpsychosen annehmen. Die Thatsachen widersprechen dieser sehr einladenden theoretischen Argumentation. Als Beispiel können wir unsern Fall VI anführen, der nach jahrelanger Beobachtung in anscheinend unheilbare Demenz ausartete, ein Fall, in dem allerdings eine evidente hereditäre Prädisposition bestanden hat. Trotz dieses einen Falles möchten wir andererseits jedoch nicht Anstand nehmen für die puerperalen Fieberpsychosen eine, wenn nicht unbedingt, so doch wenigstens relativ günstige Prognose zu stellen, im Vergleich zu anderen Geisteserkrankungen im Wochenbett, vielleicht die günstigste von allen denselben, in Anbetracht des guten Verlaufes der übrigen sieben uns vorliegenden Fälle, obgleich in vier derselben erbliche Prädisposition bestanden zu haben und in fast allen der Boden auch anderweitig für eine Psychose wohl vorbereitet gewesen zu sein scheint. Ebendarum scheint es uns, nach unsern Fällen zu urtheilen, auch wesentlich auf einem Irrthum zu beruhen, wenn von fast allen Autoren, ausser Clark, angenommen wurde, dass psychische Störungen nur die schweren Fälle von septischen Erkrankungen compliciren und wenn deshalb bei gleichzeitigem Bestehen beider ohne Ausnahme eine höchst bedenkliche Prognose quoad exitum letalem gestellt wurde. Vielleicht dürfte die Erklärung dieser Differenz darin zu suchen sein, dass die Complication mit septischen Erkrankungen nur in ganz ausgesprochenen hochgradigen Fällen septischer Infection neben den überwältigenden psychischen Erscheinungen die Aufmerksamkeit der Beobachter auf sich zog.

Wenn wir also schon in prognostischer Hinsicht Grund haben, Werth auf die ätiologische Forschung bei den Puerperalpsychosen zu legen, so gilt es noch mehr in Rücksicht auf die Therapie.

Mit Ausnahme der sonderbaren Fälle von Inanitionspsychosen im Wochenbett, von denen MARCÉ berichtet, oder der in Folge fortgesetzter Aderlässe noch im Anfang unseres Jahrhunderts vorgekommenen puerperalen Geistesstörungen sind die puerperalen Fieberpsychosen vielleicht die einzige Alienation im Wochenbett, bei welchem die Prophylaxe eine Rolle, wenn auch nur eine passive, zu spielen im Stande ist. Es gilt mit Recht als ein Triumph der neueren Gynäcologie, dass sie uns die Mittel an die Hand geben konnte, den Ausbruch von fieberhaften Complicationen des Wochenbettes, soweit sie von äusserer Infektion abhängig sind, mit ziemlicher Sicherheit zu vermeiden. Damit würde von selbst schon dem Auftreten einer grossen Anzahl von Puerperalpsychosen von vornherein vorgebeugt und auf diese Weise, dank der in immer weitere Kreise dringenden Asepsis und Antisepsis, ein Element in Zukunft aus der Aetiologie der Puerperalpsychosen eliminirt sein, das nach den vorhergehenden Betrachtungen von jeher eine nicht zu unterschätzende Rolle gespielt hat. Man kann dies allerdings keine prophylactische Behandlung mehr nennen. Denn welcher Arzt wäre nach den neueren Fortschritten der bacteriologischen Wissenschaften und den glänzenden Resultaten der modernen Diätetik der Geburt, der Schwangerschaft und des Wochenbettes so gewissenlos, seine Patientinnen den Gefahren einer puerperalen Infection auszusetzen?

Haben wir damit auch das Recht anzunehmen, dass man bei einmal ausgebrochener Fieberalienation im Puerperium mit direkten therapeutischen der Indicatio causalis entsprechenden Mitteln noch Erfolge werde erzielen können? Dank dem modernen Aufschwung der Gynäcologie sind wir zwar im Stande, nicht nur prophylactisch septische Processe im Puerperium grösstentheils auszuschliessen, sondern auch dieselben nach ihrem Ausbruch mit einigem Erfolg zu bekämpfen, und auch der Lungentuberkulose stehen wir nicht mehr so ohnmächtig gegenüber wie in vergangenen Jahrzehnten. Wir können also der direkten Indicatio causalis bei den puerperalen Fieberpsychosen vielleicht in manchen Fällen erfolgreich genügen. In Betreff der Aussicht, die febrilen Puerperalpsychosen damit zu heilen, darf man sich allzu sanguinischen Hoffnungen trotzdem wohl nicht hingeben. Denn einestheils zeigt die Psychose in ihrem Ablauf zu viel Unabhängigkeit von dem Verlaufe der Körperaffection, überdauert sogar oft dieselbe, anderntheils hat die Erfahrung oft genug dargethan, dass bei psychischen Erkrankungen die Erfüllung der Indicatio causalis bei weitem nicht in allen Fällen von Heilung gefolgt war. Trotz dieser trüben Aussichten in Bezug auf den psychischen Zustand wird man bei der Behandlung es nicht versäumen, dieser Indication schon der indicatio vitalis wegen, zunächst zu entsprechen. Dieselbe bietet uns nach drei Richtungen hin Anhaltspunkte für die einzuschlagende Therapie: sie erfordert erstens die Bekämpfung der Lokalaffection, zweitens die Herabsetzung

der Fiebertemperatur, drittens die Anwendung eines tonisirenden und excitirenden Verfahrens, soweit man es bei den meisten Infectionskrankheiten jetzt einzuschlagen pflegt, zugleich aber mit specieller Berücksichtigung des von vornherein geschwächten Organismus der Wöchnerinnen, des elenden Pulses und der Collapszustände. Man wird vielleicht bei diesem rationellen Eingreifen seine Bemühungen, wie in vielen unserer Fälle, oft mit Erfolg gekrönt sehen. Es ist gewiss nicht Zufall, wenn frühere Empiriker mit tonisirenden und excitirenden Mitteln so glänzende Resultate von jeher in der Behandlung der Puerperalpsychosen, und speciell der mit Fieber verbundenen zu verzeichnen hatten. Der Reihe nach wurden unter denselben empfohlen: der Campher (Auenbrugger, Berndt, von diesen allerdings nur wegen seiner Eigenschaft als Antaphrodisiacum gebraucht), Moschus, Clysmen mit Milch und Zucker (Esquirol), Milchdiät (Baillarger), vor allem aber der Aether, besonders per clysma (Laffont, Marcé). Noch in neuester Zeit lobt Clark die ausgezeichnete Wirkung von Blut-Clysmen nach Sansom's Methode („The Lancet". 1881.). Der Vollständigkeit wegen sei hier angeführt, dass man freilich auch das hyposthenisirende Verfahren in früherer Zeit angewandt hat, u. A., abgesehen von den längst verurtheilten Aderlässen, den Tartarus stibiatus (Weisener, Guislain), dass jedoch diese Methode bald verlassen wurde.

Was die Behandlung der Psychose selbst betrifft, so braucht dieselbe bei der im allgemeinen günstigen Prognose lediglich eine exspectative resp. symptomatische zu sein. Besonderen Ruf als symptomatische Mittel genossen früher gegen die Puerperalpsychosen die Aqua Laurocerasi (Baillarger), die Tinct. Strammonii, das Opium (Engelken, von Sélade nach Marcé bei einer Fieberpsychose mit Erfolg angewandt), prolongirte laue Bäder (Brierre de Boismont), wegen Annahme von Hirnhyperämie speciell bei den symptomatischen Fieberpsychosen: die Eiskappe auf den Kopf, allenfalls auch Schröpfköpfe in den Nacken und Drastica (Winckel).

Speciell für unsere Fieberpsychosen bewährten sich hier in Strassburg Wein (Xeres, Bordeaux) und Cognacclystire (bei gleichzeitigem Erbrechen) gegen die Collapszustände, gegen die körperliche Affection und das Fieber wurden Ausspülungen, Calomel, die Eisblase, Chinin (auch per Clysma) und kalte Einwicklungen angewandt. Beruhigung, ev. Schlaf in der Nacht erzielte man durch Morphiochloral (1,5/0,02), Chloral allein (1,5) oder Morphium allein (0,015); Opium in kleinerer Dosis (0,015) wurde einmal verordnet, blieb jedoch ohne Wirkung.

Abgesehen von dieser oft ganz entbehrlichen medicamentösen Behandlung, möchten wir nur noch auf den einen Punkt dringen, dass die fiebernden geisteskranken Wöchnerinnen auch bei voraussichtlich ebenso rasch, wie die meisten vorliegenden, verlaufenden Fälle womöglich weder auf den geburtshülflichen Stationen, noch zu Hause

behandelt, sondern in psychiatrische Anstalten verbracht werden sollen, indem, nach unseren Beobachtungen zu urtheilen, hier eine rasche Beruhigung einzutreten pflegt.

Wenn überhaupt gerade gegen die Geisteskrankheiten in früheren Zeiten die sonderbarsten Medicationen angewandt wurden, so begegnen wir gewiss noch den abstrusesten Angaben über zahlreiche unerwartete therapeutische Erfolge bei den Puerperalpsychosen. Sollte es nicht nahe liegen bei diesen Berichten, soweit nicht wirklich transitorische Seelenstörungen auf epileptischer oder hysterischer Grundlage vorlagen, speciell an die Fieberpsychosen zu denken, deren im allgemeinen rascher Verlauf und theilweise Abhängigkeit von der Therapie zugänglichen, somatischen Affectionen noch am ehesten solche glücklichen Kuren zu erklären vermag? Eine derartige sonderbare Heilung erwähnt auch Reibel, demzufolge eine plötzlich psychisch erkrankte Puerpera in Folge eines Irrthums 15 Tropfen Oleum Crotonis in einer Emulsion auf einmal nimmt, nach eingetretenem Brechdurchfall in längeren Schlaf verfällt und aus demselben geistig gesund erwacht.

Krankengeschichten.

I.

Sophie W., 27jährige Kaufmannsfrau. Aufgen. den 17. V. 86. — Eine Tante des Vaters war auch in Folge eines Kindbettes geisteskrank, nach dreimonatlicher Kur wurde sie wieder ganz gesund.

Patientin war von Jugend auf sehr lebhaft, dabei leicht erregbar, leicht aufbrausend, aber sogleich wieder versöhnt. Dabei gutmüthig, arbeitsam und peinlich sauber, besonders in der Besorgung des Haushaltes, dem sie seit dem Tode der Mutter, vor 11 Jahren, vorstand. In der Schule, die sie bis zum 14. Jahre besuchte, erwies sie sich stets als fleissig und intelligent.

Erste Periode mit 16 Jahren; dieselbe trat nie regelmässig, sondern in sehr unregelmässigen Intervallen, selbst bis zu 3 Monaten, ein, war häufig von Schmerzen begleitet, dabei mit geringer Blutung einhergehend. Bisher soll sie keinerlei Krankheiten durchgemacht haben.

Vor zwei Jahren Heirath. Ihre erste Entbindung im April 1885 war schwer, das Kind musste mit der Zange geholt werden. Nachdem sie das Kind sechs Wochen lang gestillt hatte, musste sie es wegen Entzündung der Brust absetzen. Die Brust war nach dreitägiger Kur im Spital wieder ganz geheilt.

Bis zu ihrer zweiten Entbindung am 2. Mai 86 wurde nichts Besonderes an ihr bemerkt, nur fiel in den letzten 14 Tagen vorher ihr übermässiges Essen (auch während der Nacht) auf. Diese letzte Entbindung selbst war leicht, dauerte im Ganzen nur sechs Stunden. Das Kind war kräftig, ging aber nach acht Tagen an Kieferkrampf zu Grunde.

Einen Versuch ihr Kind zu stillen, machte Patientin wegen übermässiger Schwäche nicht.

Am zweiten Tage nach der Entbindung (4. Mai) verliess sie schon einmal auf kurze Zeit ihr Bett. Gegen Abend desselben Tages stellte sich ein Schüttelfrost mit nachfolgendem Fieber und Schweiss ein. Derselbe wiederholte sich in der Nacht nochmals. Gleich nachher trat eine Schwellung des Leibes ein, welche durch Application von nassen Tüchern wieder wich. Nachher hatte sie noch bis zum 18. Mai hohes Fieber.

Am 11. Mai stand sie gegen das Verbot des Arztes auf. Von diesem Tage an fiel auf, dass sie lebhafter als gewöhnlich war, sie sprach viel, besonders von schönen Kleidungsstücken, die sie kaufen wollte, vernachlässigte ihr

Kind, welches sie sonst mit grosser Sorgfalt behandelt hatte, in auffallender Weise.

Seit dem 14. Mai verschlimmerte sich ihr Zustand plötzlich. Sie lief von Haus fort und trieb sich in verschiedenen Häusern herum. Dabei war sie sehr bösartig, wollte ihr Kind umbringen, biss ihren Mann, der sie daran hindern wollte, in die Hand. Dabei spricht sie fast ununterbrochen laut vor sich hin. Seit fast acht Tagen ist sie ohne jeglichen Schlaf. Ihre Aufregung steigert sich gegen Abend immer, die Exacerbation beginnt gegen 2 Uhr und dauert bis gegen 8 – 9 Uhr.

Klinische Vorstellung am 17. V.: Patientin spricht mit sehr heiserer Stimme. Sie pappelt fortwährend. Auf die Frage, ob sie krank ist, erklärt sie, sie habe kein Geblüt, sie habe es seit ihrem Wochenbett vor 14 Tagen nicht gehabt. Im Uebrigen gehe es ihr ganz gut, sie sei heute ganz gesund.

Ueber alle Ereignisse der letzten Zeit gibt sie ausführliche, zum Theil widersprechende, im Allgemeinen ziemlich richtige Angaben. Ueber ihren Versuch, ihr älteres Kind umzubringen, befragt, geräth sie in Weinen. Gleich darauf erzählt sie unter Lachen, dass sie alle Kranken sogleich beim Eintritt gesund gemacht, dass sie mit ihnen getanzt habe. Ihre frühere Idee, dass sie eine Million erben und dem Spital 50,000 Thaler schenken werde, hat sie jetzt aufgegeben, wie sie denn überhaupt keine Wahnideen dauernd festhält, sondern nur gelegentlich auftauchende falsche Vorstellungen vorbringt.

Sie klagt über keinerlei Schmerzen. Körperlich erweisen sich mehrfache Störungen. Puls frequent, Temperatur 39,3°, Herpes labialis, Gefühl allgemeiner Schwäche, sie muss sich oft hinsetzen.

18. V. Patientin hat gegen Morgen einige Stunden ruhig geschlafen. Temperatur Morgens 38,3°. Sie lässt sich mit Mühe bewegen, im Bett zu bleiben. Isst mit Appetit. Die Zunge besonders in der Mitte auffallend trocken, nicht belegt. Puls frequent.

Sie spricht noch immer viel, mit weniger heiserer Stimme. Vorwiegend Grössenwahnideen („sie sei Gott“). Im Ganzen heitere Stimmung, den ganzen Tag über kein ausgesprochener Zustand von Traurigkeit. Nachmittags fängt sie damit an, ihre Kleider zu zerreissen, erkennt den Arzt nicht mehr. Abendtemperatur nicht zu messen. Im Urin viel Eiweiss.

19. V. Pat. verbrachte eine ruhige schlafreiche Nacht. Temperatur 38°. Morgens nach einem Bade ist sie im Ganzen ruhiger, wenn auch immer noch stark verwirrt. Gegen Abend steigert sich die Erregung wieder, sie spricht viel verwirrtes Zeug vor sich hin, geräth leicht in Streit mit andern Patientinnen, muss daher meist isolirt werden. Temperatur zu messen unmöglich, ebenso, Urin von ihr zu erhalten. Sie lässt ihn meist auf den Boden.

20. V. Heute hat Pat. ihre Grössenideen etwas aufgegeben. Sie isst wenig, spricht viel, glaubt in dem Arzt ihren Schwager zu erkennen. Abendtemperatur 38,8°.

21. V. Morgentemperatur 37,3° nach ruhig, mit reichlichem Schlafe verbrachter Nacht. Keine wesentliche Veränderung ihres Zustandes. Vorwiegend heitere Stimmung. Im Urin noch immer etwas Eiweiss. Abends 39,4°.

22. V. Morgens 38,4°. Pat. isst wenig, die Zunge ist besonders in der Mitte sehr trocken. Pat. ist im Ganzen ruhiger, bleibt im Bett liegen, klagt über Schmerzen im Leib. Abdomen etwas aufgetrieben; nach links und etwas

nach unten vom Nabel eine auf Druck empfindliche Stelle. Nachmittags klagt Pat. über keine Schmerzen mehr. Im Urin kein Eiweiss. Abendtemperatur 39,5°.

23. V. Die Nacht verlief sehr ruhig. Morgentemperatur 38,5 °. Pat. fühlt sich heute recht schwach, bleibt ruhig im Bett liegen. Schmerzen im Leib wie gestern. Pat. verrichtet den Stuhlgang auf den Boden, ist im Gespräch muthwillig und grob. Im Urin kein Eiweiss. Abendtemperatur 38,7 °.

24. V. Pat. ist heute kaum im Bett zu halten. 37,3 ° Temperatur. Im Urin kein Eiweiss.

27. V. Immer noch fieberhafter Zustand mit geringen Remissionen. Pat. klagt über Schwäche in den Beinen, ist aber nicht im Bett zu halten. Sie ist nach wir vor ausgelassen, grob und sehr redselig.

In den nächsten Wochen allmähliche Abnahme der Aufregung, richtigere Beurtheilung der Umgebung, vollständiges Verschwinden der Grössenideen. Es bleibt nur eine grosse Gereiztheit und Unzufriedenheit. Das Fieber sowie die Auftreibung und Empfindlichkeit des Leibes waren vollständig verschwunden, das körperliche Befinden im Ganzen normal geworden.

13. V. 86. entlassen.

Pat. ist nachträglichen Erkundigungen zufolge zu Hause später vollständig genesen.

II.

Beatrice H., 27jähige Kutschersfrau, aufgen. den 5. II. 84. — Seit zwei Jahren verheirathet. Soll früher bleichsüchtig gewesen sein; war sonst kräftig, aber sehr nervös, besonders reizbar und eigensinnig, leicht in Zorn versetzt, dann auf 3—4 Stunden ganz untraitabel.

Am 23. I. 84. Geburt, ziemlich leicht und ohne erheblichen Blutverlust. Schwangerschaft war sehr beschwerlich gewesen, sie konnte das Wasser nicht halten, hatte viel Erbrechen und sehr starken Husten, an dem sie schon seit zwei Jahren leidet.

Wochenbett normal (nur viel Husten) bis

3. II.: Plötzliches Frösteln, darauf grosse Hitze, sehr abundanter Schweiss. War dabei morgens schon extrem launisch und eigensinnig; fing dann Abends an zu deliriren, fängt imaginäre Flöhe auf der Bettdecke, thut „Dinge in einen Sack", sieht eine Herde Teufel in der Ecke, ist abwechselnd voller Angst und dann wieder lustig, schaukelt im Bett herum, singt und lacht; oft in äusserster ängstlicher Verzweiflung rufend: „Sie kommen", reisst sich die Haare aus, ist aber doch vorwiegend heiter. Dabei völlig verwirrt, unorientirt, benommen, erkennt ihre Umgebung nicht mehr, hält die Hebamme für ihre Mutter. Seither anhaltendes sehr furibundes Weiterdeliriren, Nachts am schlimmsten; hat seit der Geburt einmal wenig, seit der Erkrankung fast gar nichts mehr gegessen. Das Kind wurde wegen der grossen Schwäche gar nicht angelegt.

5. II. In die psychiatrische Klinik aufgenommen. Bei der Aufnahme sehr benommen, auf Fragen keine Reaction, hie und da gedankenloses Nachsprechen der Frage. Gesichtsausdruck leer, meist etwas heiter, dabei müde. Grosse Macies, elendes blasses Colorit. Der Puls wegen der Jactation nicht genau zu zählen, etwa 140, Temperatur 39,5 °. (Ther.: Morphium, Xeres, Eis.)

Starker Schweiss, kein Tremor. Hustet sehr viel, verschluckt die Sputa. Ist in ununterbrochener Bewegung, kratzt mit automatischer Regelmässigkeit entweder an sich oder einer anderen Kranken herum, macht dann die Kratzbewegungen in der Luft weiter, wenn die Kranke weggeht, in hundertfacher Wiederholung.

Gegen 5 Uhr Abends plötzliche Aenderung. Ungemein abundanter, allgemeiner Schweiss, wird schläfrig, schläft auch auf Stuhl halber ein. Puls 120, sehr klein, Temp. 39,5°; Gesichtsfarbe plötzlich ganz blass. Wird dann zu Bett gebracht, wo die Agitation einem ziemlich ruhigen Liegenbleiben weicht, gibt jetzt auf einzelne leichte Fragen gut entsprechende Antworten, ist aber gar nicht orientirt, für die ganzen letzten Tage amnestisch. Ist dabei in leicht maniacalischer Stimmung, moria-artig abweisend, bei grosser subjectiver Euphorie.

6. II. Abendtemperatur gestern 39,5°, Pulsfrequenz 120—130. Hallucinirte die Nacht durch sehr viel, sieht bald angenehme, bald unangenehme und drohende Gestalten, sieht schneien; bleibt aber meist ruhig im Bett. Auf der Lunge überall Rasseln, besonders rechts und über der Spitze; dort auch an einer kleinen Stelle bronchiales Athmen. Keine deutliche Dämpfung. Bleibt den Tag über dann in relativer Klarheit, ist dabei aber sehr schwer besinnlich, gedankenlos, amnestisch, euphorisch, noch leicht verwirrt. Zwei gewöhnliche Stühle, im Urin kein Eiweiss, sehr viel Urate. Hat nicht mehr so stark geschwitzt. Frägt Mittags, wo sie sei, wie es zu Hause gehe, spürt etwas Kopfweh, sonst Euphorie. Temperatur Morgens und Abends 38,6°.

7. II. (Ther.: Morph. 0,015, Wein, Eis.) War in der Nacht ziemlich ruhig, nicht mehr hallucinirend. Puls immer auffallend schwach 120—130. Temperatur 38,6°. Noch immer euphorisch und leicht stuporös. Pat. sagte aber heute morgen, jetzt wisse sie erst, wie es um sie stehe, sie sei verrückt gewesen, es sei eine Schande. Abendtemperatur 38,4°.

8. II. Morgens 38°. Gestern ging die ziemlich complete Lucidität gegen Mittag in einen Zustand leichter Verwirrtheit mit launischer, sehr unzufriedener Stimmung und zahlreichen hypochondrischen Ideen über, will absolut sogleich fort, hat „die Gleiche gebrochen", hat in den Armen „Leben", in Folge dessen sie wieder die automatischen Bewegungen machen muss, ist klag- und zanklustig.

9. II. Mittags drei dünne Stühle. Auch gestern Abend wieder Verwirrung, „sie müsse sterben", gibt genau an, wie sie begraben sein wolle; grosse Angst und Hypochondrie. Hat Nachts ordentlich geschlafen.

12. II. Jeden Abend gegen 8 Uhr Verstimmung, Unzufriedenheit hohen Grades, hypochondrische, ängstliche Stimmung. Noch immer leichtes Fieber. Husten u. s. w. unverändert.

21. II. Zeigt noch Abends Fieber; ist psychisch stets reizbar, unangenehm, hypochondrisch und launisch. Husten und Auswurf sehr stark.

Wurde, da die Aufregung nicht mehr so erheblich war, nach einer nicht klinischen, inneren Abtheilung des Spitals verlegt, in welcher sie nach einiger Zeit an der vorhandenen Lungenaffection zu Grunde ging.

III.

Eugenie M., 23jährige ledige Magd, aufgen. den 15. X. 83. — In der Familie keine eigentlich nervösen Krankheiten, aber eigenthümliche Charakterbildungen, hochfahrend, empfindlich, alle etwas sonderbar, sehr erschrocken.

Pat., das jüngste von fünf Kindern, war ebenfalls von jeher sehr impressionabel, leicht zornig und gekränkt, sehr eingebildet auf ihre Schönheit; etwas schwächlich, sonst aber gesund. Vor zwei Jahren ein leichter Depressionszustand mit Angst, Todesgedanken, begleitet von Bleichsucht. Dauer etwa ein halbes Jahr.

Die jetzige Schwangerschaft von einem Manne, dessen Hand sie verschmäht. Drei Monate nach Beginn der Schwangerschaft ging sie ohne von ihrer Gravidität zu wissen, nach Paris als Kammerjungfer, von dort kehrte sie vor sechs Wochen zurück, sehr traurig, tiefsinnig, hatte dabei aber guten Schlaf und Appetit; keine weiteren psychischen Erscheinungen, auch keine Schwangerschaftsbeschwerden.

Am 9. X. leichte 8stündige Niederkunft, soll dabei zwei halbe Nachttöpfe voll Blut verloren haben, war dabei ganz vernünftig, konnte aber seit der Niederkunft gar nicht schlafen, glaubte fortwährend sterben zu müssen, war noch deprimirter als in der letzten Zeit der Gravidität.

15. X. Heute Nachmittag Raptus melancholicus, legt sich auf den Boden, schreit und betet in grosser Angst, verlangt den Geistlichen; dazwischen wieder maniacalische Momente und Äusserungen, Verbigerationen, Pläne, Heiterkeit; seither in diesem Zustand verblieben, bei wachsender Agitation. Seit gestern Abend äusserte sie unwiderstehliches Heimweh, musste sich gestern Abend von ihrem Kind trennen, wodurch sie in grosse Betrübniss versetzt wurde.

Pat. befindet sich bei der Aufnahme in einem Collapszustand. Puls sehr klein gegen 200, Haut überall kühl anzufühlen, Aussehen ungemein blass, wachsartig, dabei grosse subjective Euphorie, Heiterkeit, ununterbrochenes Schwatzen, Gesticuliren; orientirt sich sofort, sagt sie sei kein Narr, das hier seien Narren; dabei öfters in heiterm Tone geäusserte Furcht, sie müsse sterben. Erzählt ihre Antecedentien ganz richtig und prompt, sagt, es sei ihr schon einmal so in den Kopf gekommen, damals habe sie auch so viel Todesangst gehabt. Temperatur ist nicht zu messen. Auf Morphiuminjection (0,015) baldiger Schlaf.

16. X. Temperatur Morgens 38,6 °, Abends 39,5 °. Ist ganz vernünftig, gibt ordentliche Auskunft, nicht mehr heiter gestimmt, frägt oft, ob sie sterben müsse. Sonst Euphorie. Puls kräftig, nur leicht dicrot, 100—110. Abdomen etwas schmerzhaft. Kein Stuhl, Urin in's Bett. Wasserlassen macht ihr Schmerzen. Ausfluss noch etwas blutig. Ther.: Eisblase, Calomel 0,2×IV.

17. X. Temperatur Morgens 38,6 °, Abends 38,2 °. Der gute psychische Zustand hält an. Morgens mehrere Calomelstühle mit viel Schleim und eigenthümlich jauchigem Geruch. Pat. wird zu den ruhigen verlegt. Sie sieht ganz wachsbleich und hohläugig aus. Im Urin leichte Trübung beim Kochen.

18. X. Temp. Morgens 36,4 °. Schweiss über Nacht. Zustand wesentlich derselbe. Euphorie relativ in zu grossem Maasse, lobt ihr Befinden, habe nirgends Schmerzen, namentlich keinerlei Kopfschmerzen. Abends 41 ° ohne

Frost. Schlecht riechender Ausfluss. Abdomen etwas aufgetrieben. Ther.: Chinin 1,0. Ausspülungen. Puls 120. Psychischer Zustand dabei sehr verändert: Ist verzweifelt, hat Todesangst, sie werde gewiss sterben, daran sei nur die schlechte Behandlung schuld, man solle dies und jenes machen, ist mit Allem unzufrieden und klagt beständig. Urin in's Bett.

19. X. Temperatur Morgens 39,4 °, Abends 39,2 °. Immer noch Angst, ist aber freundlicher; sagt, sie habe früher während ihrer Melancholie vor zwei Jahren ebenfalls viel Todesangst gehabt, immer gestöhnt: „Mutter ich muss sterben", obgleich ihr damals nichts weiter fehlte. Gegen Abend wieder euphorisch.

20. X. Temperatur Morgens 39,5 °, Abends 38,5 °. Puls stets 100—110.

21. X. Temperatur Morgens 39 °, Abends 38,8 °.

21. X. Heute Abend wieder ein ähnlicher, aber minder heftiger Angstanfall wie am 18. X. Viele typhoïde Stühle. Temperatur Morgens 38,5 °, Abends 40,5 °. Ther. Chinin.

23. X. Temperatur Morgens 39,5 °, Abends 39 °. Sehr stinkender Ausfluss.

24. X. Temperatur Morgens 38 °. Transferirt nach der Gynäcologischen Klinik.

IV.

Maria Sch., 26jährige Kreisbauschreibersfrau, aufgen. den 15. III. 83.

Bruder der Grossmutter (Mutter des Vaters) starb in der Irrenanstalt Stephansfeld, eine Tochter desselben an Puerperalpsychose, ein Sohn desselben durch Suicidium in der Melancholie. Grossmutter (Mutter des Vaters) hysteroepileptisch, Mutter hysterisch und nervös. Vater Quartalsäufer und in den betreffenden Zeiten Wuthparoxysmen ausgesetzt. Eine Schwester ebenfalls hysteroepileptisch, seit zwei Jahren keine Anfälle mehr. Ein Bruder gesund.

Pat. selbst sehr empfindlich, Erziehung ziemlich mangelhaft, da die Mutter krank und der Vater ungemein jähzornig. Keine eigentlich nervösen Symptome weiter, nur bei der Regel sehr empfindlich, unerträglich launisch, besonders im Anfang der Menses, etwa bis zum zweiten Tage.

Vor fünf Jahren erste Geburt ohne alle Besonderheiten. Beim Tode des Kindes nach fünf Monaten tiefe Depression, die circa sechs Monate dauerte. Vor $3^1/_2$ Jahren, nach vorausgegangenem Abort im vierten Monat zweite Geburt ohne alle psychischen Veränderungen. Im September vorigen Jahres Consultation wegen Coccygodynie. Seit November Unterleibsbeschwerden ohne Menstruationsstörungen, bestehend in Druck im Unterleib. Vor vier Wochen nach einer Untersuchung starke Blutungen und Abortus, nachdem die Regel etwa 8 Wochen pausirt hatte. Seither fast täglich grosse Blutverluste, die mit zahlreichen Ergotininjectionen acht Tage lang bekämpft wurden (tägl. 2—3 mal).

Vor 12 Tagen in Chloroformnarcose Extraction der Eihautreste, seither steht die Blutung. Darauf dreitägiges Erbrechen alles Genossenen und Ernährung durch Clysmen.

Am 8. III. Beginn von Fieber, öfters sehr hoch (über 40 °), keine Schüttelfröste; Pat. war nur stark heruntergekommen. Zwei Tage nach dem Fieber-

beginn Angst, sie würde geisteskrank werden; bald darauf die Idee geäussert, sie sei in die Stirn geschossen.

Am 11. III. in der Nacht Beginn der Aufregung, sagt in sehr raschem Tempo, „ich fürchte den Tod nicht“, in ewiger Wiederholung, dann „es gibt keine Tantalusqualen“ ebenso.

Am andern Morgen wieder völlig ruhig und vernünftig.

Gegen 4 Uhr Nachmittags aber wieder noch grössere Aufregung, schreit, springt auf, ist fortwährend ruhelos, keine eigentliche Verwirrung, kein Affect, nur starkes Toben. Kam dann in die geburtshülfliche Klinik. Des andern Tages wieder völlig ruhig, auch auf der Ueberfahrt ganz vernünftig.

13. III. Abendtemperatur 40,7 °. Puls 156. Starker Schweiss, ängstlich aufgeregt (Ther.: Chinin 0,5 und Op. 0,015). Nachts geringe Delirien.

Am 14. III. Morgens Temperatur 38,2. Pat. dabei absolut ruhig, sehr empfindlich gegen Geräusche. Gegen Mittag Temperatur 40,6 °. Puls sehr frequent. Dabei tobsüchtiger Zustand (Ther.: Calomel).

15. III. Morgens Temperatur 39 °. Pat. ist wieder ruhiger, aber weniger klar, Nachmittags Temperatur 38,8 ° (Ther.: Chinin). Vollständige Tobsucht. In den Zwischenzeiten mannigfaltige capriciöse, zum Theil hypochondrische Ideen.

16. III. Gestern Abend in die psychiatrische Klinik verbracht, in voller Tobsucht, schimpft, spottet, kommandirt, dabei exaltirt, zornig, herrisch, malitiös, nie heiter, aber erotisch, deckt sich mit Vorliebe und schamlos auf, schimpft auf das weibliche Personal, klammert sich an den Ärzten fest. Ist trotz der Schwäche kaum im Bett zu halten. Mitten in dieser Aufregung mehrfach hypochondrisch-melancholische Ideen. Sieht sehr heruntergekommen aus, ungemein blasse, wachsartige transparente Haut bei hochgradiger Macies, hohles Gesicht. Keine Verwirrtheit, scharfe Apperception, in ihren Bemerkungen öfters geistreich, keine Amnesie für das kurz zuvor Erlebte, kurz Sensorium frei von Trübung.

Temperatur subnormal, Puls frequent, wird immer schwächer. Die Aufregung ist zweimal von Collapsen unterbrochen, in denen der Radialpuls zuletzt ganz verschwindet (Ther.: Cognacclystiere). Während der Collapse: Erbrechen. Gelbbrauner diarrhoischer Stuhl wird unter sich gelassen. In der Nacht ruhiger Schlaf. Heute Morgen Temperatur 38,6 °, Puls wieder ganz kräftig, deutlich dicrot, Milz vergrössert, Abdomen nicht besonders aufgetrieben oder schmerzhaft. Erbrechen ist verschwunden (Ther.: Xeres, Bordeaux, Fleischextract, Bouillon), hat ziemlich viel Flüssiges zu sich genommen. Abends Temperatur 39,6 °. Den ganzen Tag über ruhig und vernünftig, in Ton und Stimme noch etwas launisches, herrisches; Blick frei, sonst schlechtes Aussehen. Stark von hypochondrischen Ideen beherrscht. Am linken Zeigefinger eine schmerzhafte Anschwellung.

17. III. Nacht wie gestern. Heute Morgen trotz reichlicher Entleerung und kalter Einwickelungen Temperatur 40,1 °, Abends 41,4 °. Psyche wie gestern, ziemlich somnolent (Ther.: Roborantien und Wein).

19. III. Seither psychisches Verhalten andauernd dasselbe. Nur die Somnolenz und die Schwäche haben noch zugenommen. Gestern Abend Temperatur 40,9 °, trotz der Einwickelungen und Abwaschungen. Puls wieder Nachts frequenter und schwächer, bis zu 160. Hände zittern bei Intention,

sowie auch die Lippen und machen öfters spontan zuckende Bewegungen (Ther.: Abends Chinin in Clysma 1,0).

Heute Morgen Remission bis zu 38,9°, ebenso Abends. Mehrfache dunkel und gallig gefärbte diarrhoische Stühle. Abdomen in Ileocoecalgegend auf Druck sehr schmerzhaft. Im Urin kein Albumen. Gynäcologische Untersuchung ziemlich negativ. Ist nicht mehr schlafsüchtig, fast stets mit ihren hypochondrischen Ideen und Sensationen beschäftigt. Schwellung am Finger nicht vergrössert.

20. III. Morgens Temperatur 39,0°. (Ther.: Wickel, Chinin.) Abends 38,7°. Stimmung entschieden heller, zufriedener, Schlaf unterbrochen, aber sonst ruhig. Klagen über Ohrensausen, Brustbeklemmung. Am rechten Knie eine schmerzhafte Anschwellung, noch kein Erguss nachweisbar.

23. III. Bei fortdauerndem Fieber von eigentlicher Psychose nichts mehr zu constatiren. Allerdings sehr wunderlich, launisch, viel unzufrieden, auch noch von jenen hypochondrischen Ideen geplagt, die sie jetzt aber mehr vergleichsweise äussert. Im rechten Knie ein Erguss. Decubitus in Heilung. Appetit und subjektives Befinden im Ganzen gut.

30. III. Fieber, Psyche und die übrigen Erscheinungen unverändert. Wird heute auf ihren Wunsch in's Diaconissenhaus verbracht.

V.

Pauline H., 38jährige, ledige Dienstmagd, aufgen. den 22. IV. 80, Familienanlage soll ganz fehlen. Pat. früher ganz gesund, ordentlich verständig, munter. Im letzten Dienst in Folge eines Verhältnisses mit dem Bruder des Dienstherrn Schwangerschaft.

Bei der Geburt, die Nachts 17./18. VI. erfolgte, sehr lange Wehen; die Wehen reichten nicht (wegen Beckenenge?), es wurde die Wendung auf die Füsse gemacht, es musste dabei auch geschnitten und genäht werden. Während der Operation wurde chloroformirt. Keine erheblichen Blutverluste.

Seit dem 21. VI. deutliches Fieber, hatte Schüttelfrost. Kind übrigens ganz gesund, hat zuerst an ihr getrunken. In Folge von Unterhandlungen mit dem Liebhaber war derselbe unterdessen zu der Patientin gekommen und hatte mit ihr über die Alimentationsentschädigung gesprochen. In Folge davon angeblich wurde sie sofort verwirrt, zuckte viel, behauptete, das Kind sei jetzt todt, verlangte den Liebhaber noch einmal zu sehen, nannte sich selbst „Fritz Flach".

Tags darauf in's Spital auf die gynäcologische Abtheilung verbracht, verhielt sie sich noch ziemlich ruhig, wurde aber gegen Abend ausserordentlich unruhig und desshalb in die psychiatrische Klinik verlegt.

Pat. kam in höchster Erregung hier an, sprach vom Freier, den sie sähe, verlangte umgebracht zu werden, suchte aufzutreten und taumelte dabei stark, schlug um sich und suchte zu reissen. (Ther.: Morphiochloral 1,05/0,02.) Sehr starker Schweiss. Temperatur über 39°, Puls 160.

3. VII. Schon hier die erste Nacht ruhig und seither anhaltend still mit allmählich nachlassendem Stupor, in den ersten Tagen noch öfters Schiessen

durch den Kopf, als ob die Erregung wiederkäme. Mehrere Tage lang hohes Fieber; die zuerst schmutzigen Wunden des bis an den After zerissenen Dammes haben sich gereinigt. Noch bedeutende Schwäche und anhaltend rascher Puls, in den ersten Tagen meist 120 und darüber, auch jetzt noch über 100. Die Schweisse, die mehrere Tage lang anhielten, haben jetzt aufgehört.

9. VII. In den letzten Tagen wieder Abends Fieber und Schmerzhaftigkeit in der rechten Inguinalgegend; auf die gynäcologische Abtheilung zurückverlegt.

VI.

Elisabeth H., 26jährige Feilenhauersfrau, aufgen. d. 6. VI. 77.

Ein Bruder der Patientin starb irrsinnig.

Pat. war etwa seit einem Monat auf der geburtshülflichen Station, am 1. VI. vollständig normale Geburt. In der Schwangerschaft fiel nur ihr etwas reizbares, argwöhnisches Wesen auf, sie wurde leicht aufgeregt durch Scherze ihrer Umgebung, bezog deren Lachen auf sich u. s. w. Sonst ganz normal.

Von ihrer Vergangenheit berichtete sie, dass sie etwas mehr als ein Jahr verheirathet, von ihrem Manne namentlich auf Anstiften ihrer Schwiegermutter schlecht behandelt worden und desshalb vor einem Jahr eine Zeit lang „ausser sich“ gewesen und desshalb von Hause fortgelaufen sei, auch eine Zeit lang zu Bett gelegen habe. Näheres kann sie nicht sicher angeben.

In der Nacht vom 5./6. VI. ganz plötzlicher psychischer Anfall; wird unruhig im Bett, will fortlaufen, versucht mit List und Gewalt durchzukommen, jammert, sie müsse sterben. Morgens auf die psychiatrische Klinik verlegt. Spricht hier zuerst kaum, liegt ganz stuporös und deprimiert im Bett, giebt mit ganz leiser Stimme kaum Antwort, sie müsse ja doch sterben. Später mehr munter, gibt bessere Auskunft, erzählt ihre Vergangenheit, sie wisse nicht, wie das in der Nacht so über sie gekommen sei, dass sie geglaubt habe, fortlaufen zu müssen.

Gleich vom zweiten Tage an ziemlich stark remittirendes Fieber bis über 40 ° constatirt.

In den ersten Tagen häufige zuckende Bewegungen in einzelnen Muskeln und Muskelgruppen, besonders des Armes. Dann wieder Momente, wo sie behauptet, ganz erschöpft zu sein, deprimirt ist, kaum spricht.

9. VI. Auch in den nächsten Tagen bestand ein ähnlicher Wechsel, besonders Morgens mit den Fieberremissionen zusammenfallend mehr Depression. Puls fast stets voll, dicrot; Stuhl geregelt; Morgens starke Schweisse.

Vom 11. VI. an anhaltend afebril bis zum 14. VI.

13. VI. Afebril, dabei aber dauernd eigenthümliche Apathie und Empfindlichkeit gegen Geräusche; leichte oberflächliche entzündliche Infiltration der Haut am Sacrum (deshalb aus dem Bett genommen). Ausfluss mässig, Brüste nicht infiltrirt, grosse körperliche Schwäche, Verdauung gut.

19. VI. Abends Fieber, Stimmung wird heiter, verlangt jetzt auch nach dem Kinde.

21. VI. Regel. 1. VII. verlegt.

8. VII. Wieder zurückverlegt, weil sie im Gebärsaal sehr unruhig geworden war.

23. VII. Zuerst bei der Zurückversetzung sehr häufige eigenthümliche Anfälle von mehreren Stunden Dauer, worin sie mit vorgestrecktem Hals und vorgeschobenem Munde mehrmals am ganzen Körper zusammenzuckte; diese Anfälle sind in den letzten Tagen seltener geworden, auch haben die häufigen Aufregungen aufgehört, in denen sie augenscheinlich durch zugleich mit ihr im Hofe verweilende Kranke beeinflusst worden war; ist jetzt meist ganz still, betet nur öfters lange Zeit leise für sich hin; ganz unsauber im Anzug, wäscht sich nicht, isst aber ganz ordentlich. In der ersten Zeit Nachts öfters unruhig. Jetzt immer ruhig.

26. VII. Krächzt in eigenthümlicher Weise, nachdem sie dies von einer paralytischen Kranken gehört hat.

Nachdem sie ungeheilt entlassen worden war, blieb sie zuerst bei ihrem Mann, wurde jedoch polizeilich Herbst 77 in's Spital in Molsheim verbracht; spricht dort fast nichts, isst manchmal tagelang nichts, dann wieder sehr viel, nicht besonders unreinlich, nie unruhig, lacht viel für sich, schafft gar nichts, redet nichts besonders Verkehrtes. Regel in Ordnung.

Zweite Aufnahme 20. III. 78.

29. IV. Sehr starker Ptyalismus, bis zuletzt anhaltend.

23. V. 78. Nach der Irrenanstalt Stephansfeld verbracht.

VII.

Caroline B., 29jährige Lehrersfrau, aufgenommen den 11. II. 75.

Ein Bruder der Patientin starb, psychisch gestört seit einem heftigen Nervenfieber.

Pat. war immer stille und eingezogen, nahm an keinen Vergnügungen theil. Menses mit 17 Jahren, unregelmässig, mit Schmerzen, mitunter aussetzend.

Vor vier Jahren erstes, ziemlich schweres Wochenbett, dabei kurzdauernde psychische Depression.

Im April verflossenen Jahres zweites schweres Wochenbett, drei Tage lang dauernde Geburt. Säugte nicht wegen Schmerzen.

Bald nach der Geburt heftige Mastitis. Incisionen gemacht, reichlicher Eiter entleert, war zwei Monate lang bettlägerig. Mit Eintritt dieses Wochenbettes wurde sie wiederum psychisch gestört, klagte über Angst, heftiges Drücken im Epigastrium, oft Nahrungsverweigerung; Nachts oft unruhig, stand auf, ging im Zimmer umher, dachte die Leute redeten schlecht von ihr, Selbstanklagen.

11. II. Status præsens: Gut genährt, Kopf congestionirt, Gesichtsausdruck ängstlich. In ängstlicher affectvoller Stimmung, weint, klagt. Heute Abend heftiger Stirnkopfschmerz (Ther.: Chloral 1,5).

12. II. Nacht gut. Klagt über Rückenweh und Schwäche in den Gliedern. Keine Hallucinationen.

14. II. Nächte auf 1,5 Chloral ganz gut. Gestern recht depressive Stimmung, glaubte nicht mehr gesund zu werden. Heute freundlich; Kopfweh und Schwindelgefühl, Flimmern vor den Augen, mitunter Gefühl von ziehendem und zuckendem Schmerz im rechten Stirnbein. Gedanken seien so kurz, sie

könne die Haushaltung nicht mehr besorgen; verweigert die weitere Auskunft, behauptet es sei alles nicht gut, was sie sage.

16. III. 75. Gebessert entlassen und nach späteren Nachrichten zu Hause vollständig genesen.

VIII.

Barbara S., 30jährige Schmiedsfrau, aufgen. den 28. VII. 79.

Pat. früher kräftig, seit einigen Jahren unglücklich verheirathet, vom Manne verlassen.

Zwei Geburten, bei der letzten Nephritis und todtes Kind.

Jetzt dritte Geburt am 19. VII. in zweiter Fusslage, aber ganz normal. Scheint von vornherein etwas erregt gewesen zu sein.

Seit dem 25. VII. hat sie in Verbindung mit Metritis und Parametritis hohes ziemlich continuirliches Fieber, fing seither an immer heftiger zu deliriren, ängstliche Vorstellungen mit Gesichtstäuschungen verknüpft zu äussern, und dauerte dies Delirium auch nach dem Fiebernachlass fort. Sie wurde sogar mehrfach sehr aufgeregt und daher am Vormittag des 28. VII. in erregtem und dabei sehr schwachen Zustande in die psychiatrische Klinik gebracht.

30. VII. Hier erst noch etwas erregter Zustand, aber bald Beruhigung und Schlaf; behauptet in der geburtshülflichen Klinik, wo sie bis jetzt war, schlecht behandelt zu sein, man habe ihr das Hirn ausgetrunken, ihr Erscheinungen, Köpfe aus Pappendeckel, an das Bett vorgemacht, das habe sie so geängstigt, sie habe Kopfweh und Benommenheit gehabt, jetzt sei alles ganz gut. Hat alle Augenblicke andere Wünsche, sonst ruhig und in ihren Angaben über ihre Vergangenheit ziemlich verworren.

25. VIII. Das hartnäckig anhaltende, ziemlich hohe Fieber hat seit etwa 14 Tagen auf fortgesetzten Gebrauch von Infus Rhei nachgelassen. Seit einigen Tagen ausser Bett, geht umher.

Psychisch ist ausser anhaltend anspruchsvollem Wesen nichts Abnormes mehr bemerkt worden.

2. X. Geheilt entlassen.

An dieser Stelle sei es mir auch gestattet meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. JOLLY, für die gütige Überlassung der Krankengeschichten und für die freundlichen Rathschläge, womit er mir die Abfassung der Arbeit erleichterte, meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Auch Herrn Bibliothekar, Privatdozent Dr. LANDAUER, fühle ich mich für die bereitwillige Unterstützung beim Aufsuchen der einschlägigen Literatur zu besonderem Danke verpflichtet.